FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE BORDEAUX

le lundi 5 juin 1944, à 14 h. 30

PAR

André LATRILLE

BORDEAUX
IMPRIMERIE RAGOT
11, rue Fernand-Philippart, 11
—
1945

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE DROIT DE BORDEAUX

le lundi 5 juin 1944, à 14 h. 30

PAR

André LATRILLE

BORDEAUX
IMPRIMERIE RAGOT
11, rue Fernand-Philippart, 11

1944

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FACULTE DE DROIT DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Doyens honoraires : FERRON, ✻, ✪ I.; FERRADOU, ✻, ✪ I.

Professeurs honoraires : MM. LESCURE, ✻, ✪ I; NOAILLES, ✻, ✪ I.; BENZACAR, ✻, ✪ I.; MARGAT, ✪ I.; PIROU, ✻, ✪ I.

VIZIOZ, ✪ I., Doyen, professeur de *Procédure civile*, chargé d'un cours de *Droit civil comparé* (Diplôme d'études supérieures) et d'un cours de *procédure civile et voies d'exécution* (Capacité).

PALMADE, ✻, ✪, professeur de *Droit commercial*.

POPLAWSKI, ✻, ✪ I, professeur de *Droit criminel*, chargé des cours de *Législation industrielle* (Licence), de *Droit criminel* (Capacité) et de *Droit pénal spécial* (Licence et Doctorat).

BIBIÉ, ✻, ✪, professeur de *Droit international public*, chargé d'un cours de *Droit public* (Capacité).

RÉGLADE, ✪ I., professeur de *Droit constitutionnel et administratif*, chargé d'un cours de *Droit international privé* (Licence).

GARRIGOU-LAGRANGE, ✪, professeur d'*Economie politique*, chargé des cours de *Législation rurale* (Licence) et d'*Histoire des Doctrines économiques* (Doctorat).

HUBRECHT, ✪ I., professeur d'*Histoire du Droit* (doctorat), chargé d'un cours de *Droit romain* (Licence, 1re année).

LABORDE-LACOSTE, ✻, ✪ I., professeur de *Droit civil*, chargé d'un cours d'*Enregistrement* (Licence).

BRÉTHE DE LA GRESSAYE, ✪ I., professeur de *Droit civil*, chargé d'un cours de *Droit civil approfondi* (Doctorat).

BERNARD, agrégé, chargé d'un cours de *Droit romain* (Licence, 2e année) et d'un cours de *Pandectes* (Doctorat).

DUVERGER, agrégé, chargé des cours de *Législation financière* (Licence et Doctorat) et de *Législation coloniale* (Licence).

DE JUGLART, chargé de cours (*Droit privé*).

ELLUL, chargé de cours (*Droit romain et Histoire du droit*).

M. ARTIGUELONG, ✪ I., *secrétaire*.
Mme COSTES, ✪ I, *secrétaire adjointe*.
Mme SOUBIE, ✪, *bibliothécaire*.

COMMISSION DE LA THESE

MM. RÉGLADE, *professeur à la Faculté de Droit* ..... *Président*
DUBREUIL, *professeur à la Faculté de Médecine* ..... } *Suffragants*
DUVERGER, *agrégé à la Faculté de Droit* ..... }

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEIS ET AMICIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536514_0023

LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902

RELATIVE A LA

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

INTRODUCTION

I. — L'importance et la place de la législation sanitaire.

Un ouvrage sur la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, pourra sembler tout d'abord traiter d'une question ancienne, de peu d'actualité.

Cependant, depuis quelques années, il est peu de sujets plus à l'ordre du jour que la santé publique.

La plupart des gouvernements, par les divers moyens de diffusion mis à notre disposition par la science, presse, radio, cinéma, consacrent à cette matière une propagande intense.

La sauvegarde de la race, l'intérêt de la nation autant que la protection individuelle sont les thèmes favoris des hygiénistes, qui réclament et bâtissent des législations de plus en plus perfectionnées, à mesure que les connaissances médicales s'approfondissent.

Un cri d'alarme a été poussé par de nombreuses personnalités médicales et politiques. Si la lutte contre les maladies épidémiques et contagieuses n'est pas menée énergiquement, dit-on, si les remèdes préventifs dont dispose la médecine ne sont par utilisés rationnellement, si la santé des individus n'est pas protégée, il est à craindre que le pays négligent ne voie sa population diminuée et affaiblie.

A l'étranger, les questions sanitaires font l'objet de réglementations diverses, souvent très complexes. En Europe, l'Allemagne, l'Angleterre, le Danemark, notamment, ont mis en œuvre, depuis une vingtaine d'années, des règlements importants qui ont pour but la santé publique.

L'Allemagne, tout particulièrement, applique strictement une série de lois rigoureuses, récentes pour la plupart, mais d'une ampleur considérable.

En Angleterre, on sait que la police sanitaire est minutieusement faite. L'hospitalisation d'office est exécutée sans aucune échappatoire dans des cas déterminés (par exemple lors d'une fièvre scarlatine).

En Amérique, les Etats-Unis ferment impitoyablement leurs frontières à toutes personnes suspectes, et, à l'intérieur de la Fédération, chaque Etat a élaboré des textes aussi complets que possible.

La législation sanitaire a également fait l'objet de conventions internationales, car si, à l'intérieur d'un pays, les services d'hygiène peuvent efficacement fonctionner sous l'autorité du seul Etat intéressé, il est apparu que, pour la lutte contre les maladies de l'extérieur, il en était tout autrement. Des arrangements entre Etats étaient nécessaires. Dans ce but, une convention fut signée à Rome en 1907; elle créa l'Office international d'hygiène publique, dont le siège est à Paris.

D'autres conventions furent ensuite adoptées par divers

États en 1926, 1930 et 1933. En 1924, la IV[e] Assemblée de la S. D. N. avait également projeté une organisation internationale d'hygiène.

Nous préciserons que les mesures édictées en matière de santé publique sont de deux sortes, suivant le but qu'elles poursuivent plus particulièrement. D'une part, on veut empêcher l'importation des maladies étrangères sur le territoire national, et, d'autre part, on désire éviter le développement des épidémies d'origine spontanée dans un pays, en même temps que l'on recherche à améliorer les conditions sanitaires des individus.

La France possède également cette double législation : d'une part, la protection sanitaire des frontières; d'autre part, les mesures d'ordre interne concernant la santé publique. Nous nous occuperons exclusivement de cette seconde partie de la législation, non parce qu'elle serait la seule importante, mais parce que cet ouvrage est consacré seulement à la protection de la santé publique à l'intérieur de notre territoire national.

On peut distinguer deux périodes dans l'histoire de la législation sanitaire française d'ordre interne, périodes séparées par la promulgation de la loi du 15 février 1902.

Avant 1902 il n'existait pour ainsi dire aucune législation certaine. Il y avait bien quelques textes épars, mais leur application était difficile et donnait des résultats très insuffisants. Les seuls textes étaient une loi de police de 1822, la loi municipale du 5 avril 1884, une loi relative à l'assainissement des immeubles insalubres (loi du 13 avril 1850).

Dans son article 97, la loi de 1884 indique, en effet : « La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté et la salubrité publiques. »

Cette législation « ne fournissait pas à l'autorité les moyens d'en imposer l'observation. L'inefficacité complète de la législation sur l'assainissement des logements insalu-

bres avait été depuis longtemps dénoncée par les hygiénistes... Les pouvoirs conférés aux maires pour la sauvegarde de la salubrité, très étendus en apparence, n'étaient pas exercés en fait, ou bien se heurtaient à une jurisprudence qui en paralysait l'action »[1]. Il apparaissait donc qu'une législation sanitaire était indispensable. Aussi, les hygiénistes, les médecins, de nombreuses personnalités, demandèrent qu'un règlement fût élaboré.

Un projet fut déposé dans ce sens à la Chambre des députés. Nous ne reviendrons pas sur l'historique[2] des discussions, qui durèrent près de vingt ans. Ce n'est que le 4 février 1902 que le Sénat vota la loi relative à la protection de la santé publique dite du 15 février 1902, mais publiée seulement le 19 février.

Peu après sa naissance, la nouvelle loi fut non seulement complétée et précisée par des décrets et circulaires, mais, dès 1903, elle fut modifiée (art. 22 et 23). Elle le fut de nouveau à plusieurs reprises, et tout particulièrement par divers décrets-lois de 1935 (série du 30 octobre), qui bouleversèrent considérablement la situation primitive. Par la suite, il apparut nécessaire de réglementer un grand nombre de questions touchant à la santé publique, et que la loi du 15 février 1902 n'avait fait qu'entrevoir ou même avait ignorées.

Ce sont des questions que l'actualité a mises particulièrement en évidence : défense contre l'alcoolisme, les maladies vénériennes, le cancer, la tuberculose, organisation des sanatoria et preventoria, prescriptions d'hygiène sociale, établissement d'un certificat prénuptial, et, à l'étranger, élaboration de lois sur la protection de la race (stérilisation prévue pour les tarés en Allemagne et en Suisse notamment).

---

(1) Chatard, thèse Paris, 1903, p. 14.

(2) Pour l'historique de la loi du 15 février 1902, MM. Martin et Bluzet. *Commentaires de la loi de* 1902.

Un décret du 30 octobre 1935 prévoit même qu'une codification sera faite des textes concernant ces diverses questions. Ce code comprendra les titres suivants, groupés en neuf livres :

Livre Ier. — *Mesures sanitaires et générales préventives et curatives.*

Titre Ier. — *Mesures générales et prophylaxie des maladies épidémiques.*

Chapitre 1er. — Dispositions générales.
Chapitre 2. — Administration sanitaire.
Chapitre 3. — Prophylaxie des maladies épidémiques.

Titre II. — *Lutte contre les maladies sociales.*

Chapitre 1er. — L'aliénation mentale.
Chapitre 2. — La tuberculose.
Chapitre 3. — Les maladies vénériennes.
Chapitre 4. — Le cancer.

Livre II. — *L'hygiène des individus et des familles.*

Livre III. — *L'hygiène des habitations urbaines et rurales.*

Livre IV. — *L'hygiène des agglomérations.*

Livre V. — *Les régimes des eaux.*

Livre VI. — *L'hygiène scolaire et postscolaire.*

Livre VII. — *L'exercice de la médecine, de la pharmacie et de l'art dentaire.*

Livre VIII. — *L'école publique pour la répression des infractions à l'hygiène publique et sociale.*

Livre IX. — *L'hygiène internationale, la protection sanitaire des frontières.*

Il est regrettable que cette codification ne soit pas encore réalisée, malgré son incontestable utilité. Enfin, à cette législation sanitaire proprement dite, vient se greffer tout une série de réglementations, les unes anciennes, les autres toutes récentes : loi d'assistance, Code de la famille, inspection médicale scolaire et sportive, etc.

La loi du 15 février 1902 est donc la première réglementation sanitaire qu'ait connue notre pays. A son origine, elle possédait une valeur bien supérieure à celles en vigueur dans les autres nations. Elle donna lieu à divers

commentaires et ouvrages où la critique acerbe se mêlait aux écrits élogieux (3). Puis on se désintéressa de ce nouveau-né, qui paraissait chétif et sans avenir. Seuls, dans des revues spécialisées, de longs articles sont consacrés à cette question, dont l'éclat premier semble tant soit peu terni, malgré la propagande dont elle est l'objet. D'ailleurs, il faut bien dire qu'actuellement notre législation sanitaire manque de cohésion. Elle a pour base des textes datant de près d'un demi-siècle, autour desquels se sont ajoutés des réglementations nouvelles sans aucun ordre précis.

Il n'en reste pas moins vrai que la loi de 1902 peut être considérée, malgré sa vétusté et ses diverses modifications, comme la charte de l'hygiène française. Elle est le véritable point de départ de tout ce qui a été fait depuis sa promulgation.

II. — La loi du 15 février 1902 et le régime de police administrative.

Ainsi située dans le temps et l'espace, la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, doit être intégrée dans le droit interne français.

Elle est une partie de notre droit administratif, et se trouve placée sous le régime de police administrative, régime qu'il conviendra de préciser.

Notions de police administrative.

Le régime de police administrative, qu'il ne faut pas confondre avec la police chargée de maintenir l'ordre public au titre de la fonction judiciaire (4), est un régime de

(3) Cf. Monod, *La santé publique*, Paris; Martin et Bluzet, *Commentaires de la loi de* 1902; Chatard, thèse Paris, 1903; Medus, thèse Toulouse, 1910.
(4) Cf. Bonnard, *Précis de droit administratif*, p. 414.

réglementation et de restriction de la liberté individuelle, établi pour prévenir un danger social grave et maintenir un certain ordre social.

Il s'oppose à un régime de liberté, dans lequel la répression n'intervient qu'à la suite de désordre social ou d'un trouble grave. Le régime de police administrative est donc préventif, en ce sens qu'il s'agit d'empêcher un désordre social de se produire et que des mesures sont édictées dans ce but. Un tel régime se justifie par un motif suffisamment grave, un danger permanent qui menacerait l'ordre social existant. Ce motif peut se trouver dans un triple domaine : celui de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité publiques.

La protection de la santé publique est donc un régime de police établi pour faire régner la salubrité publique et prévenir les dangers qu'un manque de salubrité pourrait faire courir à la population.

Conditions du régime de police administrative.

Un régime de police, en général, et la législation sanitaire, tout particulièrement, pour atteindre leur but doivent remplir certaines conditions précises :

a) Il faut qu'il soit effectif, c'est-à-dire que les autorités chargées de faire respecter les mesures édictées le fassent réellement, sans souci des intérêts individuels ou des considérations politiques.

b) Il faut qu'il soit efficace, c'est-à-dire qu'une fois les mesures de police prises, leur application soit garantie par des moyens d'action exécutifs et des sanctions assez fortes pour assurer un respect de la réglementation.

C'est sous ce double aspect de l'effectivité et de l'efficacité que nous nous proposons d'examiner l'application dans le domaine pratique de la loi du 15 février 1902,

relative à la protection de la santé publique, modifiée et complétée par des lois et règlements d'administration publique.

Il est, en effet, intéressant de rechercher ce que deviennent dans la réalité des textes législatifs d'une aussi grande importance que ceux réglementant la protection de la santé publique.

Dans ce but, nous étudierons tout d'abord, dans une première partie, les textes actuellement en vigueur.

Ensuite, dans une deuxième partie, nous considérerons les efforts du législateur en vue de rendre plus effective et plus efficace l'application de ces textes, efforts qui ont abouti à un échec presque total.

Enfin, une troisième partie nous permettra de faire un examen critique de cette application.

PREMIÈRE PARTIE

EXAMEN DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902

modifiée et complétée.

Le texte de la loi du 15 février 1902 a déjà été étudié à plusieurs reprises, soit partiellement, soit en entier, par divers auteurs, dans les années qui suivirent sa promulgation (1), et, notamment, M. Medus a soutenu en 1910, devant la Faculté de droit de Toulouse, une thèse approfondie sur ce sujet.

Pour notre part, tout en étant plus bref, nous devrons, en outre, considérer les textes annexes se rapportant directement à la loi et aussi les diverses modifications apportées depuis 1902, de telle sorte « qu'il ne reste presque rien du visage primitif, aucun article, ou presque, ne persistant dans son intégralité, bien que, par delà le texte changeant, demeure l'esprit de la loi, fixé par son titre même : *Santé publique* » (2).

Cette loi comprend trente-quatre articles répartis en cinq titres, dans lesquels nous distinguerons :

1° des mesures d'organisation sanitaire administrative;
2° des mesures prophylactiques;
3° des mesures financières;
4° des mesures pénales.

(1) Médus, *La protection de la santé publique*, thèse Toulouse, 1910.
(2) Malespine, *Loi du 15 février* 1902, Paris, 1942.

Dans l'exposé qui va suivre, dans un souci d'actualité et de clarté, nous nous bornerons à examiner les textes actuellement en vigueur, après avoir seulement indiqué si l'article intéressé a fait l'objet de modifications.

Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur les textes antérieurs (cf. *infra*, 2e partie), mais nous dirons dès maintenant que les révisions successives ont eu pour but de renforcer le pouvoir des préfets par rapport à celui des magistrats municipaux et, en même temps, de rendre obligatoire ce que le texte primitif avait simplement considéré comme facultatif, c'est-à-dire de permettre une application plus effective et plus efficace.

Depuis 1940, on a voulu surtout placer les services d'hygiène sous l'autorité de fonctionnaires d'Etat. Il est remarquable que le Parlement n'ait que rarement procédé lui-même aux modifications apportées. Les décrets-lois de 1935, 1938, 1939, 1942, qui ont complètement bouleversé les textes antérieurs, furent promulgués sans l'assentiment préalable des Chambres. Il semble qu'après son douloureux enfantement de 1902, dont la gestation avait duré vingt ans, le Parlement ne se soit plus préoccupé sérieusement de ce texte, soit dans la crainte que les débats s'éternisassent, soit parce que la question était trop ardue.

Il a préféré approuver sans explications les décrets-lois pris en 1935, 1938, 1939.

SECTION PREMIERE

L'organisation sanitaire administrative.

Le titre II de la loi (art. 19 à 25 inclus) a prévu une administration sanitaire qui fonctionne sous la direction du Ministère chargé des questions d'hygiène (3). Cette admi-

(3) Actuellement, l'administration sanitaire ressort du Ministère à la Santé et à la Famille.

nistration comprend des organes de contrôle et d'inspection et des organes consultatifs.

§ 1er. — *Organes d'inspection et de contrôle.*

a) A l'*échelon départemental*, l'article 19, modifié par le décret du 30 octobre 1938, rend obligatoire dans chaque département la création d'un service d'inspection et de contrôle dirigé par un médecin nommé par l'Autorité centrale et assisté, s'il y a lieu, d'adjoints; l'organisation du service, l'établissement de son budget, restant à la compétence du conseil général (ou du conseil départemental : loi du 7 août 1942).

Le décret de 1935 déclare que les attributions du service départemental d'hygiène s'étendent à toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique.

Un arrêté du 12 août 1937 a fixé les conditions de recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène, et un arrêté de même date indique les attributions de ce fonctionnaire, attributions au nombre de trente et une, qui comprennent, pour une grande part, l'application de la loi de 1902 (4).

---

(4) L'inspecteur départemental d'hygiène assure, notamment (attributions résultant de la loi de 1902 :

1° le contrôle de l'application de la loi du 15 février 1902, et notamment du règlement sanitaire départemental prévu par le décret-loi du 30 octobre 1935;

2° le contrôle technique du fonctionnement des bureaux d'hygiène du département;

3° l'examen et l'instruction des plaintes pour insalubrité;

4° le secrétariat du conseil départemental d'hygiène et la vice-présidence de la commission sanitaire d'arrondissement;

5° la réception des déclarations de décès et des déclarations de maladies contagieuses (service de l'état civil et statistiques sanitaires et démographiques);

6° le fonctionnement du service des épidémies (il propose au préfet toutes les mesures à prendre et donne aux médecins toutes les instructions nécessaires);

7° le fonctionnement du service de la vaccination jennérienne, ainsi que

En 1940 (loi du 18 septembre 1940), il a été créé, entre le département et le Ministère, des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, qui représentent, dans le cadre de la région, l'Autorité centrale. Cette même loi donne aux inspecteurs départementaux d'hygiène le titre d'inspecteurs de la Santé; dorénavant ces fonctionnaires émargeront au budget de l'Etat (les départements échapperont ainsi difficilement à l'organisation d'un service d'hygiène).

Les décrets des 7 octobre et 28 novembre 1940 ont complété ces dispositions, précisant le statut des inspecteurs et inspecteurs adjoints, qui conservent les attributions dévolues aux inspecteurs départementaux d'hygiène.

b) A l'*échelon municipal*, l'article 19, complété en 1935, prévoit que, dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus, et dans les communes de plus de 2.000 habitants siège d'un établissement thermal, il sera institué un service municipal, sous le nom de bureau d'hygiène, chargé, sous le contrôle de l'inspecteur départemental, de l'application de la loi.

Les directeurs de ces bureaux sont nommés par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille, sur proposition du maire et suivant certaines conditions de recrutement prévues par la loi (arrêté du 12 août 1937).

Les communes ou partie de commune qui ne sont pas le siège d'un bureau d'hygiène pourront être intégrées dans un bureau intercommunal, placé sous l'autorité directe du

---

la diffusion et l'application des méthodes de vaccinations facultatives (cet alinéa a été complété par l'article 1er du décret du 21 août 1941 sur l'organisation des services de vaccinations antidiphtériques-antitétaniques);

8° le fonctionnement du service de désinfection, dont il assure la direction effective;

9° la surveillance et le contrôle des eaux d'alimentation;

10° l'examen des projets de captation et de purification des eaux potables;

11° l'examen des projets d'évacuation des eaux usées;

12° l'examen des projets d'assainissement;

13° l'examen du permis de construire et, dans les agglomérations dépourvues de bureaux d'hygiène, du permis d'habiter.

préfet. Enfin, le bureau d'hygiène d'une commune pourra voir s'étendre ses attributions à d'autres communes, ne formant avec la première qu'une seule agglomération.

Les attributions des directeurs des bureaux municipaux d'hygiène ont été précisées par les mêmes textes que ceux déjà indiqués pour les inspecteurs départementaux.

Le fonctionnement et l'organisation des bureaux d'hygiène sont réglementés par le décret du 3 juillet 1905, dont les articles 2 (nomination des docteurs) et 6 (bureau intercommunal) ont été abrogés implicitement par un décret du 30 octobre 1935. Une délibération du conseil municipal fixe l'importance du personnel et les allocations qui peuvent être attribuées au bureau d'hygiène. De la même façon est désigné le local où sera installé le service et sont arrêtées les dépenses qu'entraîne son fonctionnement.

« Le conseil municipal statue, en outre, sur la création d'un laboratoire d'hygiène ou, à défaut, sur les conditions dans lesquelles le service doit s'adresser soit aux laboratoires municipaux déjà existants, soit à d'autres laboratoires publics ou privés. »

Le conseil départemental d'hygiène, sur proposition du préfet, examine cette délibération, qui peut être rejetée ensuite si, sur l'avis du conseil d'hygiène, le préfet estime qu'il existe dans l'organisation un défaut correspondant à une carence totale.

Dans l'arrêté de rejet, il est accordé au conseil municipal un délai de deux mois à partir de la notification de cet arrêté. Si, dans ce laps de temps, le conseil municipal n'a pas statué de nouveau, un règlement d'administration publique y pourvoit.

Si le préfet conteste la nécessité des dépenses qui résulteront pour le département et l'Etat de l'organisation du bureau d'hygiène et de son fonctionnement, il est statué, s'il y a lieu, après une nouvelle délibération du conseil municipal, par décret rendu en Conseil d'Etat, confor-

mément au paragraphe 1er de l'article 26 (cf. texte de la loi) (5).

c) Pour *Paris* et le *département de la Seine*, les articles 22 et 23, modifiés par la loi du 7 avril 1903, avaient réparti les attributions respectives du préfet de la Seine et du préfet de police.

Le préfet de la Seine s'occupait tout particulièrement des prescriptions prévues par le texte de 1902. Sa compétence comprenait :

1° la salubrité des habitations et de leurs dépendances (sauf celles des logements loués en garni);

2° la salubrité des voies privées, closes ou non à leur extrémité;

3° le captage et la distribution des eaux;

4° la désinfection, la vaccination et le transport des malades, en collaboration avec le préfet de police, lequel surveillait, au point de vue sanitaire, les logements loués en garni, prenait les précautions nécessaires pour prévenir les maladies transmissibles (réception des déclarations).

Enfin, sur la proposition du préfet de la Seine, il dressait les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination.

La loi du 18 septembre 1940, créant un cadre départemental d'inspecteur de la Santé, fit cesser, en principe, cette dualité, en même temps que ce régime particulier. Cependant, en raison des circonstances dues à l'état de guerre, la nouvelle organisation entra tardivement en vigueur et n'a pu être encore complètement réalisée.

§ 2. — *Organes consultatifs.*

Dans l'exercice de leurs fonctions, les agents de contrôle et d'exécution doivent consulter, chaque fois que la loi

(5) Cf. annexe.

l'exige et lorsque cela leur paraît utile, des assemblées consultatives créées par la loi sur le plan national et départemental, avec quelques dispositions particulières pour le département de la Seine.

1° *Sur le plan national* existe le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (art. 26 et 26 *bis*), qui fut modifié à de nombreuses reprises depuis sa création. Il a même été supprimé le 15 octobre 1940 et sa compétence déférée à une assemblée de caractère beaucoup plus large : le Comité consultatif d'hygiène de France.

Le législateur est revenu sur cette décision, et la loi du 21 juillet 1942, complétée par la loi du 25 mars 1943, a rétabli le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui délibère, soit obligatoirement, soit facultativement, sur diverses questions intéressant la santé publique (cf. texte de la loi) (6). Le fonctionnement de ce Conseil est réglé par le décret du 21 juillet 1942, modifié par le décret du 17 octobre 1942 :

Le président du Conseil d'hygiène publique de France est le secrétaire général de la Santé. Le président délégué et les deux vice-présidents sont nommés par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille. Les membres sont convoqués au moins dix fois par an en séance plénière par le président, qui fixe l'ordre du jour, lequel doit comprendre les questions préalablement étudiées en sections ou en commissions temporaires. Il existe cinq sections : eau et asssainissement, épidémiologie, alimentation, sérums et vaccins, hygiène individuelle et établissements classés.

Des membres auditeurs, nommés par le secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille, assistent aux séances plénières avec voix consultatives, sauf lorsqu'ils sont rapporteurs, auquel cas leur voix est délibérative.

---

(6) Cf. annexe.

2° *Sur le plan départemental*, le Conseil général est tenu d'organiser des assemblées sanitaires consultatives, c'est-à-dire une commission sanitaire par circonscription sanitaire et un conseil départemental d'hygiène par département (art. 20 et 21).

a) Le conseil départemental d'hygiène se compose de dix à quinze membres, dont deux conseillers généraux (ou départementaux), trois médecins, dont un militaire, un pharmacien, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées, un architecte et un vétérinaire. Le préfet est président de droit. Le conseil nomme un vice-président; le secrétariat est assuré par le médecin inspecteur de la Santé (ancien inspecteur départemental d'hygiène) (7).

b) Les commissions sanitaires (loi du 29 janvier 1906), dont le nombre par département varie avec l'importance de la région, comprennent cinq à neuf membres, pris dans la circonscription, parmi lesquels un conseiller général, un médecin, un vétérinaire, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue. La présidence est assurée par le sous-préfet (ou le préfet au chef-lieu). La commission désigne un vice-président et un secrétaire pour deux ans. Dans l'arrondissement où se trouve la préfecture, le médecin inspecteur de la Santé assure la vice-présidence de la commission sanitaire de cet arrondissement.

c) Les membres de ces assemblées départementales (commission sanitaire et conseil d'hygiène) sont nommés par le préfet, sauf les conseillers généraux (ou départementaux), qui sont élus par leurs collègues. Les membres sortants peuvent être renommés; les renouvellements ont lieu par moitié tous les deux ans.

Un quorum des deux tiers est prévu pour que les membres présents puissent donner leur avis légalement. Ils peu-

(7) Arrêté du 12 août 1937. Cf. *supra*, p. 13.

vent recourir, en outre, à toutes les mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Les assemblées sanitaires doivent être consultées pour toutes les questions intéressant la santé publique dans leur circonscription respective, notamment sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et les objets énoncés par l'article 9 du décret du 18 décembre 1848.

3° *A Paris et dans le département de la Seine*, les préfets de police et de la Seine sont assistés, dans la limite de leurs attributions (cf. *supra*, p. 18) et sous leur présidence respective, par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, dont la composition est prévue par la loi (art. 24, loi du 15 février 1902, modifiée par les lois des 4 avril 1920, 25 mars et 14 septembre 1943). Les attributions du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine sont les mêmes que celles des conseils départementaux d'hygiène. Des commissions sanitaires fonctionnent dans les arrondissements de Paris, dans la limite des attributions conférées au préfet de police.

Dans le département de la Seine, il existe des conseils d'hygiène ayant les mêmes attributions que les commissions sanitaires de circonscriptions (cf. texte de la loi) (8).

Nous en avons ainsi terminé avec l'administration sanitaire. Nous verrons dans une deuxième section, non moins importante, les mesures prophylactiques et sanitaires édictées par la loi.

SECTION II

Les mesures prophylactiques et sanitaires.

Les articles 1er à 18 *quater* concernent le règlement sanitaire, les mesures relatives à la protection de la santé des

(8) Cf. annexe.

individus et les mesures relatives aux immeubles, dites mesures individuelles.

§ 1er. — *Le règlement sanitaire.*

L'article 1er, modifié par l'un des décrets du 30 octobre 1935, prescrit d'établir un règlement sanitaire applicable à toutes les communes du département, sur proposition de l'inspection de la Santé, après avis du conseil départemental d'hygiène.

Ce règlement détermine :

1° Les précautions à prendre par les maires, notamment en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, et des dispositions du chapitre II, de la loi du 21 juillet 1898, sur le Code rural, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles; et spécialement les mesures propres à assurer la protection des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux et, généralement, des objets quelconques pouvant servir de véhicules à la contagion.

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées, closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations, quelle qu'en soit la nature.

3° Les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à la surveillance des puits, à l'évacuation des matières usées et aux conditions auxquelles doivent satisfaire les fosses d'aisances.

Un règlement type a été dressé par le Ministère de la Santé publique en 1937. Nous l'examinerons plus particulièrement dans la deuxième partie de cet ouvrage.

Il est bien entendu que le maire reste libre, dans sa

commune, de prendre, après avis du conseil municipal, des arrêtés particuliers en matière de santé publique. Nous estimons, bien que le texte primitif ait été modifié (art. 2) que ces règlements municipaux doivent être soumis au conseil départemental d'hygiène, comme cela se pratiquait sous la législation antérieure à 1935.

Lorsqu'il y a urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou de danger grave pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate des mesures prévues par les règlements sanitaires.

§ 2. — *Les mesures relatives à la protection contre les maladies contagieuses.*

A. — La déclaration des maladies contagieuses.

Les articles 4 et 5, concernant la déclaration des maladies contagieuses, ont été remplacés par un décret-loi du 30 octobre 1935, qui, d'une part, indique les personnes chargées de la déclaration des maladies (médecin ou sage-femme et chef de famille ou principal occupant) et, d'autre part, fixe les conditions de l'établissement de la liste des maladies qui feront l'objet d'une déclaration. L'avis de l'Académie de médecine et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France est exigé. Etablie une première fois le 10 février 1903, cette liste fit l'objet de plusieurs modifications. Le texte actuel est celui du 16 mai 1936, complété par les décrets des 26 juillet 1941 et 29 décembre 1943. Le législateur distingue deux catégories de maladies transmissibles, les unes à déclaration obligatoire, les autres à déclaration facultative (décret du 16 mai 1936).

PREMIÈRE PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes;
2° le typhus exanthématique;
3° la variole;
4° la scarlatine;
5° la rougeole;
6° la diphtérie;
7° la suette miliaire;
8° le choléra;
9° la peste;
10° la fièvre jaune;
11° les dysenteries amibiennes et bacillaires;
12° les infections puerpérales;
13° la méningite cérébro-spinale;
14° la poliomyélite antérieure aiguë;
15° le trachome;
16° les fièvres ondulantes;
17° la lèpre;
18° la spirochétose ictéro-hémorragique;
19° la psittacose humaine (décret du 26 juillet 1941);
20° le tétanos (décret du 29 décembre 1943).

DEUXIÈME PARTIE

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

a) tuberculose pulmonaire;
b) coqueluche;
c) grippe;
d) pneumonie et broncho-pneumonie;
e) érysipèle;
f) oreillons;
g) teigne.

Les modalités de la déclaration des maladies contagieuses ont été déterminées par le décret du 21 décembre 1936, divisé en cinq articles principaux.

a) Le médecin doit déclarer la maladie dès qu'il en a établi un diagnostic suffisant, les sages-femmes étant soumises aux mêmes obligations dans les cas de fièvre puerpérale constatée hors de la présence d'un médecin.

b) C'est l'inspecteur départemental de la Santé qui reçoit les déclarations, sauf dans les communes dotées d'un bureau d'hygiène. Dans ce cas, le directeur du bureau en assure la réception et, dans les vingt-quatre heures, en informe l'inspecteur départemental.

c) Il est mis gratuitement à la disposition des docteurs et sages-femmes des cartes de déclaration d'un modèle spécial.

d) L'inspecteur départemental de la Santé est tenu d'enregistrer ces déclarations sur un registre chronologique et, chaque mois, un relevé en est adressé au Ministère, ou plus souvent dans certains cas.

e) Les cas de décès consécutifs à ces maladies doivent être également déclarés.

Des pénalités, sur lesquelles nous reviendrons, sont prévues.

B. — La désinfection a la suite de maladies contagieuses.

Les maladies à déclaration obligatoire ou facultative doivent faire l'objet d'une désinfection en cours (durant la maladie), et, dans certains cas, d'une désinfection terminale (après décès ou guérison).

Ces types de désinfection sont assurés soit par l'intéressé, soit par le service public de désinfection (art. 7). Ce service est assuré, dans les villes où il existe un bureau

d'hygiène, par l'autorité municipale. Les autres communes dépendent directement d'un service départemental. La loi du 16 juillet 1913 permet aux communes de moins de 20.000 habitants (qui ont facultativement un bureau municipal d'hygiène) de constituer un service autonome de désinfection.

Un règlement d'administration publique du 10 juillet 1906 a précisé les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection. Ce décret contient trois titres : *Organisation générale; Fonctionnement; Taxes.*

Les services sont soit municipaux, soit départementaux. Dans ce dernier cas, ils fonctionnent sous l'autorité de l'inspecteur de la Santé et la direction d'un chef de poste par circonscription sanitaire. Le service municipal est dirigé par le maire, sous le contrôle du directeur du bureau municipal d'hygiène.

Les services de désinfection doivent se mettre à la disposition des personnes atteintes de maladies contagieuses pour les désinfections prévues par la loi (en cours ou terminales). Si un objet mobilier doit être détruit pour l'efficacité de l'opération, il y est procédé sur l'ordre du maire ou, à son défaut, du préfet. Une indemnité peut être accordée si l'intéressé la réclame à juste titre.

Le service de désinfection perçoit une taxe sur les opérations qu'il effectue d'après un tarif établi par le conseil général. Il est prévu que les personnes privées de ressources en sont exonérées.

Les appareils de désinfection doivent répondre aux exigences de la loi du 21 juillet 1856, sur les appareils à vapeur, et au règlement d'administration publique du 7 mars 1903, sur l'efficacité dans la destruction des germes pathogènes.

C. — Les vaccinations obligatoires.

La loi de 1902 (art. 6) rendait obligatoire la vaccination antivariolique, mais les progrès de la médecine aidant, il s'est avéré que cette disposition était incomplète. Par les lois des 25 juin 1938 et 27 novembre 1940, le législateur a rendu obligatoires les vaccinations antidiphtériques et antitétaniques.

Aux termes de la loi ainsi complétée, il ressort que toute personne doit être vaccinée contre la variole au cours des première, onzième et vingt et unième années, et contre la diphtérie au cours des deuxième et troisième années.

Les parents ou tuteurs seront responsables de l'exécution de cette mesure, dont la non-observation entraînera pour les enfants l'exclusion des écoles ou collectivités d'enfants.

De plus, la vaccination antitypho-parathyphoïdique pourra être rendue obligatoire pour certaines personnes, par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille sur proposition du directeur régional à la Santé et à l'Assistance. (Ce sera le cas pour les épidémies locales : loi du 25 novembre 1940.)

En cas de danger d'épidémie, la vaccination et la revaccination antivarioliques pouront être rendues obligatoires pour toutes les personnes, quel que soit leur âge.

Divers textes ont précisé ces prescriptions. Tout d'abord, le décret du 27 juillet 1903, qui porte règlement d'administration publique pour la vaccination et la revaccination, la fabrication des vaccins, la nomination des vaccinateurs, l'organisation des séances gratuites et publiques, la composition des listes des assujettis, le procès-verbal des séances [9]. Des instructions techniques ont été données aux médecins par les arrêtés du 28 mars 1904 et du 20 août

(9) Ce texte sera plus spécialement étudié dans la deuxième partie.

1941, ce dernier portant sur la vaccination à l'anatoxine mixte antidiphtérique-antitétanique.

Le fonctionnement du service de la vaccination antidiphtérique a été fixé par le décret du 20 août 1941, qui complète et modifie le décret du 27 juillet 1903, pour la tenue et le contrôle des listes.

Dorénavant, chaque enfant possédera à la commune de sa résidence une fiche des vaccinations qu'il a subies. L'ensemble de ces fiches constituera un fichier des vaccinations, qui servira à établir chaque année les listes vaccinales. Les parents ou tuteurs devront donc déclarer à la mairie le nom des enfants qui viennent séjourner plus de trois mois dans une commune. Il sera remis aux assujettis un carnet sanitaire reproduisant les indications du fichier des vaccinations.

Dans les cas où les intéressés ne se soumettraient pas aux prescriptions vaccinales, ils seront déférés devant le tribunal de simple police par le service départemental des vaccinations (Inspection de la Santé), sur les indications fournies par les magistrats municipaux.

Enfin, bien qu'il paraisse naturel d'incorporer les dépenses des services de vaccination créés depuis 1938 aux règles de répartition prévues par la loi de 1902, une loi du 20 août 1941 a cru bon de le préciser.

D. — La protection des eaux potables.

L'article 10 de la loi de 1902 (que nous allons maintenant examiner) a été remanié et complété par un décret du 30 octobre 1936 sur la protection des eaux potables et des établissements ostréicoles.

Nous y distinguerons deux parties intéressant la loi de 1902 :

a) Alentour des sources d'eau potable, il sera établi un

périmètre de protection qui devra faire l'objet d'une acquisition au même titre que la source elle-même, lorsque l'achat est fait par une commune ou une agglomération. Sur ce périmètre est interdit l'épandage de matières de nature à souiller les couches inférieures du sol. On ne peut également y forer un puits sans autorisation préfectorale.

Un périmètre peut être également établi pour les ouvrages de captage et d'amenée des eaux, et les propriétaires des terrains ainsi expropriés auront droit à l'indemnité prévue par la loi (10).

Pour éviter la pollution dans les canaux d'arrivée, la loi interdit les amenées à ciel ouvert. Celles existant déjà devront être modifiées en conséquence.

La commune propriétaire d'une source peut prendre toutes les mesures utiles pour la protéger et la curer, mais non pour en dévier le cours, et, au besoin, un décret du Conseil d'Etat déterminera les conditions de cet usage.

Si la source a un débit ne dépassant pas 2 litres par seconde, l'utilité publique peut être déclarée par la préfecture, après enquête régulière, sur la proposition du conseil municipal intéressé et du conseil départemental d'hygiène.

b) Tout concessionnaire public ou privé est tenu de fournir une eau bactériologiquement et chimiquement pure. Le préfet peut se substituer à une commune défaillante lorsque celle-ci étant, concessionnaire de l'entreprise, ne remplit pas ses obligations. Il va sans dire que les frais en résultant sont imputés aux localités.

E. — Les mesures spéciales pour la protection des individus.

La loi de 1902 prévoit enfin au titre de mesures sanitaires générales deux cas spéciaux (art. 8 et 9) :

a) Si une épidémie menace tout ou partie de notre ter-

(10) Décrets-lois des 8 août et 31 octobre 1935.

ritoire ou s'y développe, un décret déterminera, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique, les mesures nécessaires, compte tenu des moyens de défense locaux. Les frais entraînés par ces mesures seront supportés entièrement par l'Etat; elles sont exécutoires dans les vingt-quatre heures qui suivent leur parution au *Journal officiel*. Ceci a été mis en pratique en 1914 et en 1939, où furent édictées des mesures exceptionnelles pour le temps de guerre.

b) Le préfet doit charger le conseil départemental d'hygiène de procéder à une enquête dans les communes où la mortalité durant trois années est supérieure à la moyenne de toute la France. Si l'enquête établit que l'état sanitaire est cause du chiffre élevé des décès, le préfet met en demeure la commune d'avoir à exécuter les travaux nécessaires. Si cette mise en demeure reste sans effet, une procédure assez longue est mise en jeu (cf. *infra*, texte de la loi, art. 9), procédure qui a pour résultat de faire ordonner l'exécution des travaux par le Conseil d'Etat.

§ 3. — ***Mesures relatives aux immeubles dites mesures individuelles*** (art. 11 à 18 *quater*).

La loi du 13 avril 1850, sur les immeubles insalubres, n'ayant pas donné les résultats prévus par la législation de 1902, un article 31 l'abrogea explicitement et la remplaça par des mesures nouvelles, concernant : les permis de construire et d'habiter, l'évacuation des îlots insalubres, l'expropriation pour cause d'insalubrité publique. Ces dispositions furent largement modifiées par les décrets-lois des 30 octobre 1935, 24 mai 1938, 21 avril 1939. Elles constituent les mesures dites individuelles, leur application étant strictement particulière, au contraire des applications du règlement sanitaire, qui édicte des mesures générales.

A. — Le permis de construire et d'habiter.

Un permis de construire est obligatoire (art. 1er, décret-loi du 30 octobre 1935) dans toutes les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus (11).

Il est délivré par le maire, qui constate si les prescriptions du règlement sanitaire sont observées sur les plans fournis. Si, dans un délai de vingt jours après le dépôt de la demande, le maire n'a pas statué, l'autorisation est réputée accordée. Il est donc de l'intérêt du maire de donner son avis le plus rapidement possible. Le préfet peut se substituer au maire si celui-ci refuse sans motif valable le permis.

Dès que les travaux sont terminés, un procès-verbal de constat doit être déposé à la mairie en vue de la délivrance d'un permis d'habiter, qui ne pourra être remis que si la construction correspond au plan autorisé. Sinon, l'autorisation d'habiter sera prononcée d'office. Un délai de vingt et un jours est accordé au maire pour statuer, ensuite le permis est réputé accordé.

Des pénalités sont prévues (cf. *infra*, section IV, p. 36).

B. — L'évacuation des matières usées.

Un décret-loi du 30 octobre 1935 sur la protection des eaux potables (cf. *supra*, p. 28) indique que, dans les villes où il existe un réseau d'égouts, les constructions devront être bâties de telle sorte que les eaux usées ainsi que les matières de vidanges s'y déverseront souterrainement et directement.

Ces dispositions seront mises en vigueur pour les cons-

(11) Les mêmes dispositions sont applicables de plein droit dans toutes les communes quel que soit le chiffre des habitants, mais tenu d'avoir un plan d'aménagement, ainsi qu'aux groupes d'habitations et aux lotissements (lois du 14 mars 1919 et du 19 juillet 1924). Il en est de même pour les communes comprises dans un groupement régional d'urbanisme (décret du 25 juillet 1935).

tructions anciennes à l'occasion de grosses réparations ou lorsqu'elles seront dépourvues de fosses d'aisances réglementaires ou rattachées aux canalisations d'eaux pluviales pour l'évacuation des eaux usées. Divers délais sont accordés pour ces travaux suivant leur importance, et le maire pourra les faire effectuer d'office, suivant les conditions des articles 12 à 17 inclus, que nous allons examiner dans le paragraphe suivant.

C. — L'interdiction d'habiter dans un immeuble insalubre.

« Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, constitue soit par lui-même, soit par suite des conditions dans lesquelles il est occupé, un danger pour la santé des occupants ou des voisins », le médecin inspecteur de la Santé doit adresser au préfet un rapport concluant à l'insalubrité de tout ou partie de l'immeuble (art. 12, modifié par un décret du 24 mai 1938 et la loi du 23 décembre 1941). Il est alors déclenché une procédure compliquée et longue, malgré les modifications apportées. Nous distinguerons quatre phases dans cette procédure :

a) Le médecin inspecteur avise le préfet par rapport motivé;

b) Le préfet, dans la quinzaine qui suit la réception de ce rapport, invite le conseil d'hygiène à donner son avis, dans le délai d'un mois, sur la réalité et les causes d'insalubrité et sur les mesures propres à y remédier;

c) Les intéressés sont avertis de la procédure par le dépôt au secrétariat de la préfecture du rapport de l'inspecteur de la Santé et par l'envoi d'une lettre recommandée leur indiquant, neuf jours à l'avance au moins, la date de la réunion du conseil d'hygiène, devant lequel ils peuvent être entendus en personne ou par mandataire. Ils sont également appelés pour les visites et constatations.

La loi estime intéressés, les propriétaires usufruitiers, usagers et occupants.

d) Si le conseil d'hygiène émet un avis contraire à celui de l'inspecteur de la Santé, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France tranche le débat sur la demande du Ministère de la Santé publique, saisi par le préfet. Si l'avis du conseil départemental d'hygiène ou du Conseil supérieur d'hygiène publique de France conclut à la réalité de l'insalubrité, le préfet devra, dans les huit jours, prononcer l'interdiction d'habiter, qui sera temporaire ou définitive suivant que l'assemblée sanitaire aura conclu à la possibilité de remédier ou non aux causes d'insalubrité.

Un recours, non suspensif, est ouvert devant le Conseil d'Etat (art. 13).

Dans son article 14, la loi a prévu des pénalités particulières, que nous examinerons plus loin.

Quant aux dépenses résultant de l'exécution des travaux, elles sont garanties par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2103 du Code civil (art. 15, loi de 1902). Mais la résiliation des baux entraînée par cette procédure ne donnera lieu à aucun dommage et intérêt (art. 17).

D. — L'expropriation pour insalubrité publique.

Il est également possible que les communes requérissent l'expropriation totale d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles ou d'îlots insalubres (art. 18 *bis*, 18 *ter* et 18 *quater*).

Nous allons essayer de dégager des textes législatifs la procédure compliquée établie pour donner toutes garanties aux propriétaires. Nous distinguerons : le constat de l'insalubrité, la notification de ce constat aux intéressés, la déclaration d'utilité publique, l'estimation des immeubles, l'allocation de l'indemnité d'éviction.

a) L'insalubrité peut être signalée par le directeur du bureau municipal d'hygiène, une commission sanitaire ou même un comité de patronage des habitations à bon marché, mais le conseil municipal intéressé doit prendre une délibération accompagnée des plans parcellaires, des noms des propriétaires et, le cas échéant, des projets d'aménagement.

Le préfet peut accepter ou refuser cette délibération, mais, s'il la prend en considération, il doit en saisir le conseil départemental d'hygiène dans un délai qui lui est imparti. Les intéressés sont alors invités à présenter leurs observations au conseil, qui déclare, pour chaque immeuble, s'il est totalement ou partiellement insalubre et indique, le cas échéant, les travaux nécessaires pour l'assainir. Une liste spéciale est également tenue par le conseil des commerçants et industriels dont la profession est une cause spéciale d'insalubrité.

Il pourra être adjoint temporairement au conseil départemental d'hygiène, pour la durée de l'affaire, des membres consultatifs particulièrement qualifiés.

b) La délibération du conseil est ensuite notifiée à tous les intéressés, qui ne devront ni renouveler un bail, ni relouer un local vacant. Un recours est ouvert auprès du Ministère de la Santé publique dans les dix jours.

Le Ministère statue d'urgence, après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, dans un laps de temps qui ne peut excéder deux mois.

Lorsque tous les délais prévus sont expirés et que, le cas échéant, la délibération aura été modifiée suivant la décision du Ministère, un arrêté préfectoral (adressé à tous ceux qui ont fait appel) approuvera la délibération.

c) Par ailleurs, en même temps qu'il notifie cet arrêté, le préfet ordonne une enquête suivant les décrets du 8 août et du 30 octobre 1935, sur l'expropriation pour cause d'utilité publique. Le conseil municipal délibère sur les résul-

tats de cette enquête, et le préfet prend ensuite l'arrêté de déclaration d'utilité publique et de cessibilité à l'encontre des propriétés visées.

d) Ensuite a lieu une estimation des parcelles en présence des parties. Cette estimation porte :

1° « Sur la valeur de chaque immeuble à acquérir, compte tenu des conditions d'insalubrité qui ne sont pas spéciales à cet immeuble, et abstraction faite des conditions d'insalubrité qui lui sont spéciales. »

2° « Sur la dépense qu'entraînerait pour chaque immeuble partiellement insalubre l'exécution des travaux d'assainissement. »

3° « Sur la valeur du terrain nu pour chaque immeuble totalement insalubre. »

4° « Sur l'indemnité d'éviction à allouer aux occupants. » (12).

Les experts seront désignés par le président du tribunal et prêteront serment. Le délai des expertises sera au maximum de deux mois et les experts qui ne fourniront pas leur rapport dans ce temps seront remplacés, des sanctions judiciaires pouvant être prises à leur encontre.

Quant aux frais d'expertise, ils sont à la charge de la commune.

e) La procédure d'expropriation ordinaire est alors suivie, sauf quelques dérogations nécessitées par les particularités de la matière et concernant l'indemnité d'éviction (voir texte de la loi) (13).

Enfin, un article 18 *quater*, ajouté par le décret du 24 mai 1938, prévoit le cas où un immeuble ayant déjà fait l'objet d'un arrêté prescrivant des travaux se trouve compris dans un îlot exproprié.

(12) Cf. annexe.
(13) Cf. annexe.

SECTION III

Dispositions financières.

L'article 26, modifié par la loi du 22 juin 1906, a rendu obligatoire les dépenses nécessitées par la loi du 15 février 1902 sur la santé publique. L'Etat, le département et les communes supportent ces frais suivant les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893 (14).

A ces dépenses ne sont pas intégrées celles des bureaux d'hygiène, sauf s'il s'agit de dépenses d'organisation du service de désinfection dans les communes de plus de 20.000 habitants, où siège un bureau d'hygiène. Dans ce cas, les dépenses sont supportées conjointement par l'Etat et les villes suivant la même loi de 1893.

SECTION IV

L'efficacité de la loi. — Les dispositions pénales.

L'efficacité d'une loi dépend des dispositions pénales qu'elle prévoit, la crainte de les voir appliquer ayant le plus souvent un heureux effet sur un grand nombre de personnes.

Le législateur fut persuadé, à juste titre, qu'en matière d'hygiène, il est absolument nécessaire de menacer le public de sanctions pour assurer l'efficacité des mesures, qui sont cependant prises dans l'intérêt de tous. Certaines pénalités sont indiquées dans le cours de la loi ou dans les textes annexes; les autres, pour la plupart, sont contenues dans un titre spécial (art. 27 à 30 inclus).

---

(14) Il s'agit de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, à laquelle ont été annexés les barèmes qui servent à déterminer la part de chaque collectivité.

Ces dispositions sont entièrement différentes des peines administratives que nous avons pu rencontrer, et que l'autorité applique sans le recours d'aucune intervention judiciaire.

Dans un premier paragraphe, nous verrons les peines spéciales à la loi de 1902; dans un deuxième paragraphe, nous examinerons les sanctions tirées du Code pénal ou de lois différentes de celles de la Santé publique.

Enfin, un quatrième paragraphe aura pour objet les personnes chargées de constater les infractions.

§ 1er. — *Sanctions spéciales à la loi de 1902.*

a) Celui qui aura construit une habitation sans la permission du maire (art. 11) sera puni d'une amende de 16 à 500 francs.

b) L'article 4 du décret du 30 octobre 1935 (*supra*, art. 11) autorise les villes à percevoir une majoration de taxe de 50 p. 100 sur les propriétés riveraines d'une rue possédant un réseau d'égouts, tant que le raccordement devenu obligatoire ne sera pas effectué.

c) Le même décret-loi punit d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 50 à 2.000 francs tout concessionnaire qui manque de précautions, n'observe pas le règlement sanitaire ou le cahier des charges, et, de ce fait, occasionne la livraison d'une eau de boisson nuisible à la santé publique.

Le concessionnaire peut être déchu de son privilège par le Ministère sur avis du conseil municipal et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Un recours est ouvert devant le Conseil d'Etat. (Il s'agit donc, dans ce cas, d'une mesure administrative plutôt que d'une sanction pénale.)

§ 2. — *Rappel de peines prévues par le Code pénal.*

Les contraventions concernant les règlements sanitaires, la déclaration des maladies contagieuses (en dehors des peines prévues par la loi de 1892) (15), les vaccinations, la désinfection, les mesures en cas d'épidémie, l'interdiction d'habiter, les exécutions de travaux, seront punis conformément à l'article 471 du Code pénal, c'est-à-dire de 1 à 5 francs d'amende.

Le décret du 30 octobre 1935, sur la protection des eaux potables, porte que les peines des articles 479 à 480 du Code pénal (c'est-à-dire une amende de 11 à 15 francs inclusivement, art. 479, et d'une peine d'emprisonnement de cinq jours au plus, art. 480) seront prononcées contre quiconque, par négligence ou incurie, sera la cause de l'insalubrité de l'eau servant à l'alimentation publique ou bien abandonnera des débris putrescibles en dehors des fosses nécessaires au fonctionnement des établissements classés.

Lorsque l'acte aura été fait dans l'intention de nuire, il sera puni des peines de l'article 257 du Code pénal (emprisonnement de un mois à deux ans et amende de 100 à 500 francs).

Le bénéfice de circonstances atténuantes (art. 463) pourra toujours être appliqué dans le cas d'infractions à la loi sur la santé publique.

§ 3. — *Rappel des peines prévues par une loi non intégrée au Code pénal ou à la législation sanitaire.*

Lorsqu'il n'a pas été fait droit à l'interdiction d'habiter dans le délai d'un mois, les délinquants sont passibles

(15) La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine punit d'une amende de 50 à 200 francs les médecins qui ne font pas les déclarations prévues par la loi.

des peines prévues à l'article 3 de la loi du 1er août 1905, sur la répression des fraudes (16), et traduits devant le tribunal correctionnel, qui autorise le préfet à faire expulser à leurs frais les occupants de l'immeuble.

§ 4. — *Constats des infractions.*

L'article 29, complété et modifié par le décret du 30 octobre 1935 précité, indique que les procès-verbaux constatant les infractions à la loi de 1902 seront dressés à la requête du préfet, du médecin départemental d'hygiène ou du directeur du bureau d'hygiène, des maires, des médecins et architectes communaux ou, sur leur propre initiative, par les agents de la force publique, les inspecteurs d'hygiène spécialement commissionnés. Les individus qui entraveraient ces personnes dans l'exercice de leurs fonctions seront punis d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, de 500 à 1.000 francs. Il pourra être fait application des circonstances atténuantes, sans que l'amende puisse être inférieure à 50 francs.

---

(16) La loi du 1er août 1905, sur la répression des fraudes, art. 3, « punit d'un emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au plus et une amende de 100 francs au moins et 3.000 francs au plus, ou l'une de ces deux peines seulement, ceux qui contreviennent à ses dispositions ».

CONCLUSIONS DE LA PREMIERE PARTIE

L'exposé succinct que nous venons de faire de la loi du 15 février 1902 et des textes annexes dans leur état actuel permettra, croyons-nous, d'apprécier dès maintenant l'ampleur de cette législation, d'apercevoir les points faibles et de mieux saisir l'étude que nous ferons de son application.

Auparavant, il sera bon de consacrer quelques lignes au décret du 4 octobre 1939, qui édicte les mesures exceptionnelles pour le temps de guerre, mesures qui ne doivent pas dépasser, en principe, la durée des hostilités. Conformément à l'article 8 de la loi de 1902, le Gouvernement, estimant menacée la santé publique du fait de la guerre, a présenté au Président de la République un décret (4 octobre 1939) relatif à des mesures exceptionnelles.

Une semblable initiative avait été prise par un décret du 14 août 1914, dont les termes sont repris en 1939 avec « les modifications qui correspondent au progrès réalisé depuis 1914 dans la lutte contre la maladie » (1).

Après avoir de nouveau rappelé aux préfets l'obligation qu'ils ont de créer une inspection départementale, il est indiqué que, dans les départements de repliement, l'administration préfectorale peut requérir les médecins inspecteurs et les médecins assistants d'hygiène (c'est-à-dire adjoints). Il est rappelé (art. 3) les prescriptions concernant la déclaration des maladies contagieuses et la désinfection (art. 5). Les malades seront visités par l'assistant d'hygiène lorsqu'il aura connaissance qu'ils sont sans soins ou qu'aucune déclaration n'a été faite (art. 4).

La mesure la plus importante consiste à prescrire l'isole-

(1) Extrait du rapport au Président de la République.

ment obligatoire du malade à l'hôpital si l'inspecteur de la Santé le juge utile, isolement qui peut également être imposé aux porteurs de germes.

L'article 7 prévoit la revaccination antivariolique en cas d'épidémie et prescrit également certaines mesures pour la vaccination antidiphtérique.

L'article 10 invite encore une fois les préfets à prendre un règlement sanitaire départemental.

Enfin, l'inspecteur de la Santé pourra, au besoin, correspondre directement avec le Ministère de la Santé, et il est bien précisé, conformément à l'article 8 de la loi de 1902, que les frais entraînés par l'application de ce décret sont entièrement à la charge de l'Etat, sauf les dépenses du personnel.

Ce décret est donc le rappel des diverses prescriptions déjà édictées et restées lettre morte. La seule innovation en la matière est l'article 6, qui permet d'hospitaliser d'office les malades contagieux ou les porteurs même sains de germes pathogènes, mesure qui est une véritable révolution dans notre législation.

DEUXIÈME PARTIE

L'APPLICATION DE LA LÉGISLATION SANITAIRE DU 15 FÉVRIER 1902

modifiée et complétée.

INTRODUCTION

Nous avons dit que notre but, dans une deuxième partie, serait, d'une part, de constater les efforts du législateur pour rendre plus effective et plus efficace la législation sanitaire du 15 février 1902, et, d'autre part, de montrer l'échec presque total de cette législation.

Nous ferons cette étude au cours d'un exposé qui fera abstraction, autant que possible, du temps de guerre, impliquant des circonstances qui, nécessairement, modifient les modalités d'application d'une loi.

Nous noterons dès maintenant que ce n'est vraiment qu'en 1937 que fut véritablement mis en œuvre un commencement d'exécution, alors que l'on ignorait généralement jusque-là une grande partie des lois sanitaires, ignorance qui est loin d'avoir complètement disparu.

Certes, il faut reconnaître qu'il est des départements où certains hygiénistes ont à cœur de faire respecter les textes, comme nous aurons l'occasion de l'indiquer plus loin.

Si leur efforts sont restés vains trop souvent, il est regrettable que de tels exemples n'aient pas été suivis dans le but de faire l'éducation d'un public ignorant.

Quant aux grandes villes, plus évoluées et moins routinières, des résultats plus appréciables ont pu être obtenus grâce à l'action énergique de certains techniciens, mais, en fait, l'esprit et la lettre de la loi ont été rarement observés, malgré les modifications et les adjonctions au texte primitif, dans le but de le rendre plus effectif et plus efficace (1).

Cette deuxième partie contiendra logiquement deux titres, correspondant au double point de vue de l'effectivité et de l'efficacité de la législation du 15 février 1902, modifiée et complétée.

Le premier titre, le plus important, consacré à l'effectivité de l'application des règlements, sera divisé en trois chapitres, portant sur l'organisation administrative, prophylactique et financière examinée dans la première partie. Nous en reprendrons les mêmes divisions en nous efforçant, pour chacune d'elles, de faire ressortir quelle est l'application effective réservée aux divers paragraphes des textes législatifs, dont nous indiquerons en temps utile les diverses transformations, transformations qui, en réalité, recherchaient une plus grande effectivité.

Le deuxième titre, plus court, ayant pour objet l'efficacité de la loi du 15 février 1902, modifiée et complétée, sera en fait consacré exclusivement à l'examen de l'application des sanctions pénales et aux modifications qui y furent apportées dans le but de la rendre plus efficace.

Une très importante documentation, fournie par les inspections de la Santé (services d'hygiène), d'un grand nombre de départements, nous aura permis de mener à bien

(1) Cf. P. Bourgoin, *Etude sur les projets de réforme de la loi du 15 février* 1902, thèse Paris, 1922.

cet exposé de l'application de la législation sanitaire. Nous avons fait le plus souvent une synthèse de ces renseignements, car certains systèmes, aussi défectueux soient-ils, se sont généralisés dans un grand nombre de régions.

Dans certains cas, cependant, nous n'avons pas hésité à donner une nanalyse plus particulière de l'organisation envisagée par un ou plusieurs départements.

Nous ne prétendons pas que cette étude soit complète, bien au contraire, car seule une monographie détaillée pour chaque département pourrait se prévaloir de donner une image parfaite de notre sujet.

Malgré des imperfections, cet ouvrage a essayé de placer dans la réalité, dans un cadre aussi vivant que possible, la législation sanitaire. L'exposé du texte lui-même n'est que l'étude sans âme d'une théorie dont presque rien ne subsiste véritablement sur le plan pratique.

TITRE PREMIER

L'EFFECTIVITE DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902

CHAPITRE PREMIER

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Nous avons déjà distingué dans cette organisation deux parties : l'une comprend les organes d'exécution et de contrôle, l'autre, les organes consultatifs. Nous conserverons ce schéma pour en étudier le fonctionnement, qui paraît avoir besoin d'une sérieuse révision, pour éviter une marche de plus en plus défectueuse de l'administration sanitaire.

SECTION PREMIERE

Les organes d'exécution et de contrôle.

La loi de 1902 ne prévoyait de façon obligatoire, comme organes d'exécution, que les municipalités, soit en la personne du maire, soit, à la fois, en la personne du directeur du bureau d'hygiène et du maire.

Comme nous le constaterons fréquemment par la suite pour diverses autres questions, les maires furent nettement au-dessous de ce qui leur était demandé, parce que les questions sanitaires leur étaient inconnues, et aussi parce

que l'opinion protestait contre les mesures prises en vue de la santé publique. Personnages élus, les maires hésitèrent et, finalement, n'agirent presque jamais, si ce n'est dans des buts complètement étrangers aux questions d'hygiène. D'ailleurs, surchargés de besogne, les magistrats municipaux avaient tendance à faire passer en dernier lieu la législation de 1902.

Il était évident qu'en de telles mains la législation sanitaire ne pouvait guère faire de progrès.

L'article 9 avait bien déclaré que, si le préfet l'estimait utile, le conseil général pourrait organiser une service départemental de contrôle. Cette faculté fut très rarement utilisée, une division de la préfecture était chargée de la partie adminisrative de la loi du 15 février 1902, mais n'exerçait effectivement aucun contrôle et n'usait pas du droit, que possédait le préfet, de suppléer aux maires défaillants. Ceci devait durer plus de trente ans, puisque la première réforme n'intervint que le 30 octobre 1935, en rendant obligatoire la création du service départemental, en même temps que le maire se voyait dépossédé d'une partie de ses prérogatives. Le décret du 30 octobre créa donc une administration bicéphale : d'une part, le maire; d'autre part, le service départemental, avec une certaine prédominance sur le magistrat municipal.

Cependant les préfets et les conseillers généraux ne se soumirent pas de sitôt à l'obligation qui leur était faite d'organiser un service de contrôle.

En 1940, grand nombre de départements ne le possédaient pas encore. Si bien que l'administration, double en théorie, était amputée, en réalité, d'une partie de son organisme, dont l'autre, le maire, n'avait aucune activité pour ainsi dire. On peut juger des résultats obtenus...

Aussi la loi du 18 septembre 1940 décide que dorénavant les inspecteurs de la Santé (nouveau terme pour désigner

les inspecteurs départementaux d'hygiène) et les directeurs des bureaux d'hygiène seraient des fonctionnaires d'Etat qui figureraient au budget du Ministère, ce qui obligerait les préfets à créer le service départemental d'hygiène, dont ils avaient retardé la mise en marche.

Cette même loi du 18 septembre 1940 créa un troisième organe administratif, le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, chef, dans le cadre de la région, des services de l'Hygiène et de l'Assistance. La crise de régionalisme qui a sévi en 1940 et 1941 donna ainsi naissance à cet intermédiaire entre le Ministère et l'inspection de la Santé départementale. Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance a pour fonction principale de viser les documents examinés au stade départemental, mais, en fait, il ralentit les transmissions entre les pouvoirs locaux et centraux : c'est une institution aussi peu utile que celles créées depuis 1940 à l'échelon régional. Ce n'est point là de la décentralisation, bien au contraire.

Sur le plan départemental, l'inspection de la Santé, et, sur le plan local, les mairies, sont chargées de l'exécution et du contrôle de la loi du 15 février 1902.

A. — Le maire dans le cadre de l'administration sanitaire.

Les maires, dépouillés, non sans raison, des attributions qu'ils possédaient primitivement, voient de plus en plus leur activité réduite par de nombreuses inspections de la Santé, convaincues que les municipalités sont incapables d'avoir un rôle quelconque dans la législation sanitaire.

B. — Le service départemental dans le cadre de l'administration sanitaire.

Les inspections départementales de la Santé (anciennes inspections d'hygiène) possèdent, en vertu du décret du

16 août 1937, 32 attributions, parmi lesquelles 13 seulement se rapportent à la loi du 15 février 1932, les autres étant du domaine médico-social.

Les inspecteurs de la Santé, docteurs en médecine pourvus d'un diplôme d'hygiène, sont tous qualifiés pour s'occuper de ces questions. Mais là ne se borne pas leur compétence, qui, avec les événements de guerre, s'est accrue dans des proportions considérables : ainsi, ils ont la charge du ravitaillement des établissements hospitaliers, de la distribution des cartes de lait pour nourrissons, de la surveillance des régimes médicaux, conséquence du rationnement. Ces questions d'actualité, parfois aiguës, ne sont pas loin de détourner complètement de son rôle le service départemental. Evidemment, lorsque les temps normaux reviendront, il y a lieu de croire que cet état se modifiera, mais il est à craindre aussi que l'habitude n'ait été prise d'ignorer encore plus complètement les véritables attributions du service.

Nous ne voulons d'ailleurs pas dire que les médecins inspecteurs de la Santé usent de ces arguments pour éviter l'application de la loi de 1902. Trop de ces fonctionnaires ont essayé de mettre en œuvre cette législation pour qu'il ne soit pas permis de ne pas reconnaître leurs efforts, et, si certains semblent ignorer leur véritable tâche, il faut les considérer comme des exceptions.

En fait, les inspecteurs de la Santé sont découragés par les obstacles de toute sorte qui s'amoncellent sous leurs pas : docteurs en médecine, il sont plongés au sein de l'Administration, machine lente autant à fonctionner qu'à se mettre en marche : quelle que puisse être l'impulsion du chef, si les subalternes la ralentissent, elle deviendra vite inutile. En matière de santé publique, l'esprit d'un texte doit être souvent considéré plutôt que sa lettre elle-même; or, les fonctionnaires considèrent cette manière de

voir comme en opposition complète avec la coutume administrative. Le médecin est désarmé contre cela, car l'administration préfectorale aurait tendance à approuver les fonctionnaires ressortissant de son cadre administratif.

Nous ne répéterons jamais assez que cet esprit administratif ne convient guère à la santé publique : là est une grande partie du mal qui empêche les inspections de la Santé de fonctionner normalement : lorsqu'un malade réclame le médecin, il ne s'agit pas de tergiverser, sous le prétexte que cela n'est peut-être pas utile et qu'en tout cas il sera encore temps d'agir dans quelques jours. Cette façon de procéder serait, on le conçoit aisément, fort préjudiciable à la santé du malade.

Cependant, l'adminstration sanitaire n'agit souvent pas autrement en matière de santé publique.

Nous ne dirons pas que les méthodes administratives sont néfastes en général : si une certaine révision de ses rouages est nécessaire, il n'en reste pas moins vrai que l'administration doit fonctionner d'une certaine façon, mais justement cette manière ne peut convenir à la législation sanitaire.

C. — Les bureaux municipaux d'hygiène dans le cadre de l'administration sanitaire.

Il ne faut pas oublier que dans certaines communes il existe un bureau d'hygiène, qui, en général, fonctionne à peu près correctement, ou tout au moins aussi bien que le service préfectoral. Cet organisme est un progrès réel.

Un inconvénient vient de ce que les inspections départementales et les services municipaux semblent se jalouser, car le service municipal est une sorte d'Etat dans l'Etat : son directeur possède, pour une seule ville, des attributions semblables à celles de l'inspecteur de la Santé, et il y a

souvent une tendance regrettable à installer des cloisons étanches entre les deux services, départemental et municipal. Une entente serait cependant utile, puisque les bureaux d'hygiène sont à même de faire respecter plus facilement la loi, étant donné les limites étroites de leur circonscription et par le fait que l'administration municipale est rarement aussi complexe que l'administration préfectorale.

SECTION II

Les organes consultatifs.

Nous avons vu qu'il existe trois sortes d'organes consultatifs, avec un régime légèrement différent pour Paris : des commissions sanitaires par conscription sanitaire; un conseil départemental d'hygiène par département; un Conseil supérieur d'hygiène publique de France pour l'ensemble du territoire national.

a) *Les assemblées départementales.* — Les circonscriptions sanitaires, d'étendue très variable, correspondent parfois à l'arrondissement administratif, ou bien réunissent seulement un ou deux cantons. Les assemblées départementales ont été rapidement constituées, car il s'agissait de placer dans des fonctions tout au moins honorifiques des personnages qui jusque-là n'avaient pu trouver de place dans d'autres assemblées ou bien qui faisaient partie des anciennes assemblées sanitaires dissoutes par la loi de 1902.

Bien que le texte législatif prévoie la composition des commissions sanitaires et des conseils d'hygiène, il n'est pas rare que les préfets nomment des membres en dehors de toute considération légale, non dans le but d'améliorer la composition de l'assemblée, mais dans celui de satisfaire

aux demandes réitérées qui leur sont adressées. D'ailleurs, il existe un moyen fort simple de faire siéger quelques membres en dehors du nombre prévu par la loi. Il suffira de les admettre comme membres auditeurs avec voix consultative, puisque le nombre de ces membres n'est pas restreint. Il arrive même que les membres auditeurs soient en plus grand nombre que les membres titulaires, lesquels sont perdus au milieu de personnalités choisies pour divers motifs, bien souvent étrangers à la santé publique.

Les vice-présidents et secrétaires sont choisis par l'assemblée, et non par le préfet. Quant aux membres titulaires, nommés pour quatre ans, il faut des circonstances exceptionnelles pour que leur mandat ne soit pas renouvelé jusqu'à leur décès, à moins que l'intéressé ne démissionne de lui-même.

Les assemblées sanitaires sont donc composées, de la façon la plus originale, de personnages sérieux ignorant bien souvent les questions qu'on leur soumet et n'écoutant même pas les rapports, dont la lecture est faite par un de leurs collègues.

La loi permet aux conseillers sanitaires de prendre des initiatives, mais, en réalité, ce privilège ne sert guère, si ce n'est pour émettre quelque vœu, vite oublié tant par les intéressés que par l'administration. Aussi les inspecteurs de la Santé évitent-ils de réunir trop souvent ces personnages encombrants et inutiles, qui ne se rendent pas toujours aux convocations : une ou deux fois par an, on leur soumet en bloc un monceau de dossiers provenant des services vicinaux ou des établissements classés; dans les préfectures importantes, où les dossiers ne peuvent être inscrits que dans plusieurs ordres du jour, on réunit les assemblées sanitaires six ou sept fois par an.

A vrai dire, les délibérations sont presque toujours illégales, car il est fort rare que les deux tiers des membres

titulaires prévus par la loi pour la validité des débats soient présents à une séance, où se pressent surtout les membres auditeurs retraités de quelque administration, mais assoiffés d'honneur et de titres. Il est curieux de remarquer que cette illégalité des délibérations des assemblées sanitaires n'a jamais été contestée malgré son évidence. Cela vient assurément du peu de cas qu'il est ensuite fait des observations présentées par les conseillers. Leurs fonctions ne sont d'ailleurs pas gratuites; ils sont rémunérés d'après le nombre de séances auxquelles ils assistent, suivant un tarif fort ancien et peu en rapport avec la vie actuelle. A Bordeaux, les membres des assemblées sanitaires perçoivent une somme de 20 francs par séance et de 20 francs par rapport qu'ils présentent à l'assemblée.

Nous ne croyons pas que l'attrait de gros jetons de présence serait un moyen de faire pression sur les conseillers pour les inviter à assister aux réunions, puisque, comme nous l'avons dit, les membres auditeurs sont les plus fidèles à ces séances, et cependant ils ne reçoivent pas d'indemnité, au contraire des membres titulaires. Il faut plutôt croire que nantis de fonctions qu'ils considèrent comme honorifiques, les conseillers n'ont aucune envie de participer à des délibérations qui ne les intéressent pas.

En pratique, la consultation de ces assemblées a surtout pour résultat de retarder l'examen des dossiers qui leur sont soumis, soit parce qu'il faut attendre une prochaine réunion qui peut être éloignée, soit parce que les conseillers renvoient l'affaire à une séance ultérieure pour une raison quelconque.

b) *Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.* — Son rôle a été défini plus haut. Il est de beaucoup plus important que celui des assemblées départementales et son fonctionnement pratique en diffère également, puisque le travail est préparé dans des sections. Des membres

particulièrement intéressés par les questions portées à l'ordre du jour assistent aux séances, mais il faut bien dire que cette assemblée ne connaît pas assez la réalité des faits et émet des avis qui peuvent surprendre tant ils considèrent peu les circonstances enveloppant la question.

L'on sait d'ailleurs (cf. *supra*, p. 19) que le Conseil supérieur d'hygiène publique de France n'a pas encore trouvé sa stabilité : il fut modifié à de très nombreuses reprises, supprimé en 1940, puis rétabli en 1942 (loi du 21 juillet 1942), et il est probable que d'autres modifications interviendront encore dans l'organisation de cette haute assemblée.

CHAPITRE II

L'ORGANISATION PROPHYLACTIQUE

SECTION PREMIERE

Les règlements sanitaires.

§ 1er. — *L'existence d'un règlement sanitaire. Les efforts du législateur pour en rendre l'application effective.*

Le texte de 1902 obligeait les maires à établir un règlement sanitaire afin de protéger la santé publique, le préfet se substituant à l'autorité municipale défaillante au moins dans le délai d'un an. En général, seules, les plus importantes localités se conformèrent à ces prescriptions. D'ailleurs, quelques grandes villes n'avaient pas attendu 1902 pour se donner une législation sanitaire locale : c'est le cas du Havre, de Toulouse, de Bordeaux notamment. Quant aux autres communes, elles se préoccupèrent fort peu de la question, que les maires ignoraient et qu'ils mésestimaient certainement, quand ils ne se montrèrent pas hostilement farouches. La loi de 1884 leur avait donné des pouvoirs suffisants dans l'état de la science d'alors; ils ne s'en servirent pas et ils ne crurent pas bon de faire mieux après 1902.

Et puis, il faut bien dire que la crainte de l'opinion publique était une des causes de cette carence. Les règlements sanitaires comprenaient, en effet, le développement

des prescriptions prévues par la loi, déjà de nature à alarmer le public routinier, dont les habitudes auraient été bouleversées. L'autorité centrale s'était leurrée sur les résultats escomptés, et rares sont les cas où les conseillers départementaux d'hygiène furent appelés à donner leur avis sur des projets de règlements sanitaires communaux.

Parfois, les magistrats municipaux apposèrent au bas du texte officiel proposé leur signature, y mirent une date, et, toutes les approbations recueillies, l'enfermèrent dans un lieu sûr, d'où nul ne le retira. Comme chacun ignorait leur existence (et probablement en était-il de même au service préfectoral qui l'avait approuvé), il est inutile de dire que de tels règlements sanitaires ne furent jamais appliqués, même en partie.

D'une façon tout à fait différente, il y eut des maires qui admirent non seulement le principe du règlement sanitaire, mais encore, dans un but de réforme violente, y insérèrent des mesures telles que les intéressés ne manquèrent pas de protester auprès du Conseil d'Etat.

Divers arrêts de principe sanctionnèrent ces recours. Il en ressort nettement que si le maire possédait tous pouvoirs en vue d'assurer la salubrité des constructions neuves, à condition évidemment que le but envisagé soit d'assurer réellement la salubrité, il ne peut en être de même lorsqu'il s'agit de constructions anciennes; dans ce cas, les pouvoirs de police sanitaire sont bien moins étendus, puisque le règlement sanitaire ne doit pas imposer des mesures ayant pour objet une modification de structure du bâtiment. Ainsi sont intervenus les arrêts Le Courtois (13 mars 1914) et Vigneron (5 février 1915), qui firent droit à diverses réclamations de propriétaires s'élevant contre le fait que certains articles des règlements sanitaires de quelques communes imposaient des modifications (tout à l'égout ou rattachement à une canalisation d'eau potable) à des maisons déjà existantes.

Cette jurisprudence s'est maintenue constante jusqu'en 1935, date à laquelle fut modifié l'article 1er de la loi de 1902, et à ces derniers temps, où furent examinés des pourvois formés contre des règlements communaux intervenus à défaut d'un règlement sanitaire départemental.

Il est certain que ces arrêts eurent dans de nombreuses localités une fâcheuse répercussion, car il apparaissait aux maires que les lois sanitaires pouvaient être la source de nombreux ennuis, dont le plus important était, sans nul doute, d'encourir une sanction de la part du Conseil d'Etat.

Dès 1915, il était incontestable que cette situation ne pouvait pas durer : ou bien les règlements sanitaires resteraient lettre morte, ou bien une réforme interviendrait. Nombreux furent ceux qui la réclamèrent. Des projets furent soumis au Parlement, mais, en 1935, rien n'était encore décidé, et cependant il s'agissait de la santé publique. Les Chambres d'un côté, les magistrats municipaux de l'autre, semblaient s'entendre pour que leur quiétude réciproque ne soit pas troublée. Il fallut les pleins pouvoirs accordés au Gouvernement pour la défense du franc, le 8 juin 1935, pour que, parmi la série de décrets-lois publiés le 30 octobre 1935, se trouvât le texte attendu. Encore cela fut-il fait presque en cachette; il ne s'agissait pas de protéger la santé publique, mais de réduire les dépenses budgétaires en atténuant la propagation des maladies contagieuses. Il est vraiment étonnant qu'il ait fallu user de ce subterfuge et brandir l'éclat du franc pour éloigner le spectre de la législation sanitaire.

Les préfets sont dorénavant dans l'obligation d'établir un règlement sanitaire qui vaudra pour toutes les communes du département. Le préfet, fonctionnaire central, ne devrait pas reculer devant les mêmes difficultés que les maires. C'était l'opinion du législateur de 1935, mais elle ne correspondait pas à la réalité : de même que les préfets ne s'étaient pas substitués aux maires défaillants (cf. *su-*

pra, p. 55), les services départementaux ne se montrèrent pas empressés d'exécuter les prescriptions du nouveau décret. Il est vrai que le Gouvernement n'avait pas publié un de ces règlements type qu'il est si facile de recopier et de signer.

On attendit donc que vînt le travail tout fait, lequel n'arriva que le 24 mars 1937 (dix-huit mois plus tard). Une circulaire ministérielle accompagnait ce texte type, dont nous donnons plus loin les divers articles : le ministre, en termes très courtois, indiquait aux préfets qu'il s'agissait d'un texte minimum, d'un cadre ne pouvant être restreint, mais que son élargissement, son adaptation aux circonstances locales, étaient souhaitables, sous réserve d'éviter les « dispositions susceptibles d'être attaquées avec succès devant la juridiction contentieuse ». Il était également recommandé de concevoir un recueil méthodique facile à consulter par les propriétaires et les architectes.

On pourrait croire que, munis de ces documents, les conseils d'hygiène donnèrent rapidement leur avis, permettant aux préfets de signer l'arrêté portant réglementation sanitaire dans chaque département. Il n'en fut rien, et les divers règlements que nous avons pu examiner sont de date très différente, voire récente : si celui des Bouches-du-Rhône fut pris le 28 septembre 1937, dans l'Ain, l'arrêté est du 9 septembre 1941... Mais le record paraît détenu par les Alpes-Maritimes, où le règlement fut promulgué le 30 septembre 1943, c'est-à-dire huit ans après qu'une loi impérative fût intervenue à ce sujet.

Encore, si le temps écoulé avait permis à des projets originaux de mûrir, il y aurait lieu, sinon de se réjouir, du moins de ne pas juger aussi sévèrement les retards. Or, le plus souvent, le texte officiel fut accepté sans aucune disposition particulière au département intéressé, alors que, certainement, il est des prescriptions d'ordre local que les conseillers d'hygiène auraient pu envisager. Ou

bien, pour montrer quelque bonne volonté et éviter une concordance trop parfaite avec les articles du texte type, les conseils d'hygiène ajoutèrent un ou plusieurs paragraphes inutiles, même amusants. Nous avons pu relever cet article 83 *bis* dans le règlement sanitaire du Vaucluse du 15 novembre 1937 :

« Les objets employés par les coiffeurs, manucures, pédicures, masseurs et toute personne donnant des soins de beauté, dans les lieux où ils exercent leur profession ou à domicile chez leurs clients, seront, après chaque usage, soumis à un nettoyage en deux temps :

» 1° Immersion pendant quelques minutes dans la solution suivante :

Alcool dénaturé	1.000
Formol à 40 %	20

» 2° Rinçage à l'eau pure, suivi d'un essuyage ou de séchage.

» Les linges, cotons et autres objets destinés au même usage et ayant un contact direct avec la peau ne pourront servir que pour un seul client, après quoi ils seront aussitôt jetés ou mis au lavage.

» Toutes personnes exerçant les professions ci-dessus énumérées seront tenues de se nettoyer les mains avant de servir un client, soit au moyen de lavage au savon, soit au moyen de tout autre procédé reconnu efficace pour l'autorité sanitaire. »

Nous ignorons si cette obligation est respectée par les intéressés, mais on peut en douter. Son insertion au règlement sanitaire est certainement due à l'intervention de quelque conseiller troublé par la crainte des maladies contagieuses, et notamment des maladies vénériennes, qui, suivant certaine propagande, seraient transmises couramment par les ustensiles de perruquiers.

En Gironde, il faut noter un certain effort pour adapter

le plan officiel à des circonstances spéciales à ce département. Le règlement fut établi par arrêté du 30 mars 1938; nous y trouverons notamment un article 78 portant interdiction des dépôts de toute sorte dans certaines parties du département littoral, parcs à coquillages, alentours des grandes villes; un article 83 *ter*, sur le nettoyage des caves après les inondations fréquentes du fait des crues de la Garonne.

Cette façon de procéder, conforme à l'esprit du législateur, n'a été que trop rarement employée, malgré les directives ministérielles. La cause de cette carence ou de cette négligence se retrouve, en grande partie, dans une autre défaillance de l'administration préfectorale : l'organisation d'un service d'inspection et de contrôle (cf. *supra*, p. 45).

Peut-être aussi les préfets et les conseillers d'hygiène craignirent-ils que les projets inédits qu'ils élaboreraient fissent l'objet de contestations de la part des particuliers, et même soient attaqués devant le Conseil d'Etat, comme cela arriva pour des règlements municipaux (cf. *supra*, p. 56). Cela peut être admis. Cette crainte, d'ailleurs, avait été exprimée par le ministre dans sa circulaire du 26 février 1937, qui accompagnait le modèle officiel du règlement sanitaire (cf. *supra*, p. 58). Il faut reconnaître que les préfets, en tout état de cause, surent éviter l'écueil qu'avaient heurté les maires, et leurs textes n'eurent pas à subir la réprobation du Conseil d'Etat.

§ 2. — *L'application effective du règlement sanitaire départemental.*

Si, après huit ans, la presque totalité des départements est maintenant en possession du texte prévu en 1935, il ne faut pas oublier que l'application en appartient aux maires, sous le contrôle, évidemment, des autorités départementales. Mais ces dernières ne peuvent absolument pas

s'immiscer dans chaque commune du département et surveiller à chaque instant l'exécution des règlements en vigueur.

Cela est tout particulièrement vrai pour les services d'hygiène, dont le directeur possède, nous l'avons déjà indiqué, 31 attributions, dont l'application de l'article 1er de la loi du 15 février 1902 n'est qu'une partie. C'est donc le maire qui reste le maître en la matière. Aussi, à part quelques louables exceptions, ce qui se passait avant 1935 continue actuellement, mais, au lieu de ne pas prendre de règlement sanitaire, le maire se contente de méconnaître celui que le département lui imposa avec l'empressement que l'on connaît. Les raisons demeurent les mêmes qu'autrefois, et l'on se trouve dans un cercle vicieux.

On a voulu obliger les communes à posséder un règlement sanitaire tout au moins par l'intermédiaire obligatoire du préfet; le résultat demeure pratiquement inchangé, et, dans des localités cependant importantes (20.000 à 50.000 habitants par exemple), les mesures les plus élémentaires d'hygiène sont ignorées.

La lecture du règlement type permettra, d'ailleurs, de considérer combien la réalité est loin d'une théorie idéaliste, que nos mœurs ne sont pas préparées à admettre. Pour que les prescriptions envisagées puissent être appliquées, il faudrait une complète révolution dans les habitudes du public, un stade avancé d'éducation sanitaire qui n'existe pas (cf. *supra*, 3e partie) non seulement dans les campagnes, où le taudis est roi, même chez les paysans aisés, mais aussi et surtout dans les villes, où, à un aspect extérieur parfois élégant, correspondent, derrière la façade, une honteuse décrépitude, des logis malsains, foyers de tuberculose. Même dans les grandes artères de certaines cités, l'on trouve derrière un décor trompeur un spectacle qui fait frémir, tant on est surpris par le contraste.

Avant de promulguer un texte, peut-être serait-il mieux

d'entreprendre l'éducation de ceux qui doivent s'y conformer, cela serait moins ridicule que d'essayer de réaliser sans succès quelque utopie.

Pourtant, l'expérience n'a pas découragé l'Autorité centrale, et, tout récemment, furent annexés au règlement sanitaire des textes que les préfets devront rendre obligatoires dans leur département, de la même façon que les règlements types de 1937.

Il s'agit de réglementer, d'une part, le transport, la centralisation, le traitement et la vente au détail du lait (circulaire du secrétaire d'Etat à la Santé du 18 août 1941), et, d'autre part, les établissements de natation au point de vue de l'hygiène (circulaire des secrétariats d'Etat à la Santé et à l'Education nationale du 29 mai 1943). Ces projets, plus encore que le règlement sanitaire départemental, sont inapplicables en pratique, tant il faudrait bouleverser les habitudes de la population. Nous ne croyons pas que cela puisse se faire, du moins pour le moment.

Il est bon de remarquer, à l'occasion de la mise en vigueur de ces textes, et notamment de celui des établissements de natation, qu'un conseil départemental d'hygiène avait cru utile d'apporter certaines modifications au modèle type. Le Ministère reconnut l'utilité, mais également l'inopportunité de cette intervention, signifiant par ces termes au conseil d'hygiène la perte de l'une de ses plus importantes attributions. Aussi illégale que soit cette façon de procéder, il faut en rechercher la cause dans la négligence des assemblées sanitaires, qui trop souvent n'ont fait qu'entériner les textes qui leur furent soumis en matière de réglementation sanitaire, si bien que le Ministère n'estime plus devoir se préoccuper d'un avis qu'il sollicite cependant officiellement.

Si le service départemental et les maires ne peuvent ou ne veulent pas se charger d'appliquer les mesures prévues par le règlement, il ne faut pas attendre du public, prin-

cipal intéressé, qu'il en réclame lui-même l'observation.

Les plaintes dites en insalubrité qui parviennent aux maires ou au préfet ne sont qu'une façon déguisée de se plaindre de son propriétaire, de son voisin ou de toute autre personne pour laquelle on nourrit une haine personnelle n'ayant aucun rapport avec les questions sanitaires. La qualité du style et l'orthographe de ces lettres sont d'ailleurs tout à fait significatives. Pour notre part, nous avons pu constater que dans 90 p. 100 des cas il s'agit d'une querelle apte à être tranchée par le juge de paix plutôt que par l'administration sanitaire. Cette dernière, d'ailleurs fidèle aux principes des lois de 1884 et 1902 et dans l'impossibilité de tout contrôler par elle-même, se contente de transmettre la requête aux maires pour attributions sans rechercher le bien-fondé de la plainte.

Cette défaillance des règlements sanitaires est presque générale, et nous ne croyons pas qu'il soit un seul département ou même une ville qui ait pu obtenir de ses habitants une stricte application du règlement, car la routine est trop forte pour vaincre les hésitations du public. En Meurthe-et-Moselle, par exemple, si de nombreuses décisions préfectorales sont observées sur certains points, les paysans n'ont pas voulu déroger à une de leurs plus chères habitudes, qui consiste à déverser les fumiers sur le bord des routes, à l'entrée des maisons, portant ainsi tort autant à l'aspect du pays qu'à la santé de ses habitants.

De même que le pouvoir des maires pour l'insertion de certaines clauses dans un règlement sanitaire avait fait l'objet de données jurisprudentielles, l'application de ces règlements a donné lieu à des arrêts du Conseil d'Etat qui établirent certaines règles par la suite demeurées constantes.

Nous verrons plus loin, en effet, qu'en dehors des prescriptions du règlement sanitaire, il peut être imposé en

vertu de l'article 12 de la loi du 15 février 1902, des mesures dites individuelles, alors que les mesures imposées en vertu d'un règlement sanitaire sont dites générales.

L'article 12 interviendra parce que le règlement sanitaire n'a pas prévu le cas qui se présente, parce qu'il est des questions particulières qui ne peuvent pas être inscrites dans le règlement sanitaire. Cette distinction parfaitement logique ne fut pas primitivement envisagée. On voulut distinguer entre les constructions neuves et les constructions anciennes, les premières étant soumises au règlement sanitaire, et les secondes à la procédure de l'article 12, car, disait-on, le règlement sanitaire aurait un effet rétroactif si son application était faite aux constructions anciennes.

M. Teissier, commissaire du Gouvernement, lors de l'examen de l'affaire Marc (5 juin 1908), soutint ce point de vue devant le Conseil d'Etat, qui ne le suivit cependant pas dans ses conclusions, puisqu'il admit le principe, que nous avons déjà énoncé, de l'application générale du règlement sanitaire autant pour les constructions anciennes que pour les constructions neuves, sous réserve que les mesures édictées ne soient pas contestables (cf. *supra*, p. 56).

Une autre question s'est aussi posée pour l'application des mesures prises en vertu d'un règlement sanitaire. Alors que la procédure entamée en vertu de l'article 12 est d'une certaine complexité et demande un certain délai, l'application du règlement sanitaire est assurée rapidement après procès-verbal, dressé et transmis à un juge de paix, qui peut ordonner l'exécution des travaux nécessaires.

De nombreuses personnes prétendirent que la procédure de l'article 12 était obligatoire même dans le cas de l'application des règlements sanitaires, cela dans le but évident d'éviter une procédure rapide, à laquelle il est diffi-

cile d'échapper, la procédure de l'article 12, de par sa complexité, étant presque complètement inutilisable.

La Cour de cassation, par divers arrêts (26 février 1910, 7 décembre 1912, 4 novembre 1915), alléguant fort justement qu'avant 1902, en vertu de la loi du 5 avril 1884, le maire possédait des pouvoirs semblables à ceux découlant du règlement sanitaire, il était parfaitement admissible que la procédure de l'article 12 demeurât indépendante de l'application des règlements sanitaires, qui restaient soumis à la procédure habituelle pour l'exécution des actes réglementaires. Sinon le maire se serait trouvé dans une situation moins favorable qu'avant 1902, ce qui est complètement contraire à l'esprit du législateur.

§ 3. — *Règlements sanitaires locaux.*

L'on a dit que les maires pouvaient, même après 1935, préciser par arrêté, s'ils le jugeaient utile, certains points particuliers des législations sanitaires locales. Sans nul doute, les municipalités possèdent encore toute latitude à ce sujet, mais nous ne croyons pas qu'elles en profitent. En tout cas, le conseil départemental d'hygiène devra examiner les textes élaborés par les municipalités avant leur approbation par le préfet.

REGLEMENT SANITAIRE DEPARTEMENTAL
prescrit par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935.

TITRE PREMIER

DES CONSTRUCTIONS

ARTICLE PREMIER. — Dans toute commune, quel que soit le chiffre de ses habitants, aucune construction nouvelle, quelle que soit la nature des matériaux utilisés, ne pourra être habitée de jour ou de nuit si elle ne répond pas aux conditions d'hygiène définies ci-après:

Sous le nom de construction nouvelle, il faut entendre non seulement les constructions neuves, mais aussi les transformations des

constructions existantes, affectant soit le gros œuvre du bâtiment, soit son économie générale.

Sous le nom d'habitation, il faut entendre tout local pouvant servir de jour ou de nuit au logement, au travail, au repos ou à l'agrément.

Les dispositions du présent titre relatives au gabarit et à l'implantation des constructions sont applicables dans toutes les communes qui ne sont pas assujetties à des dispositions de même nature provenant du programme de servitudes d'un plan communal ou régional d'aménagement.

CHAPITRE PREMIER

Des constructions nouvelles. — Dispositions générales.

Règles générales de salubrité.

Art. 2. — Les constructions visées à l'article 1er du présent règlement seront disposées de manière à être aérées, largement éclairées et ensoleillées le plus longtemps possible. Leurs revêtements intérieurs seront disposés de manière qu'ils puissent être facilement maintenus en état de propreté. Elles seront munies de moyens d'évacuation des eaux pluviales et des matières usées, y compris les eaux ménagères. Toutes dispositions seront prises pour isoler du sol les locaux et les préserver de l'humidité.

Hauteur des constructions.

Art. 3. — La hauteur des constructions, quelles qu'elles soient, en bordure de la voie publique, mesurée sur le point milieu de la façade, entre le niveau du trottoir ou le revers pavé au pied de cette façade, et le niveau de la ligne de faîte de l'immeuble, n'excédera pas la largeur de la voie entre les alignements régulièrement approuvés.

Les constructions ou parties de constructions élevées en retrait de l'alignement pourront ajouter la largeur de ce retrait à la largeur de la voie publique dans le calcul de la hauteur permise. Les constructions dispensées de la servitude d'alignement ne pourront, même par tolérance, être surélevées au-delà d'une hauteur égale à la distance qui sépare le milieu de leur façade de l'alignement opposé.

Il en sera de même pour les constructions élevées en bordure des voies privées, la largeur effective de la voie privée étant assimilée à la largeur réglementaire des voies publiques.

La hauteur des constructions, ainsi que celle des murs mitoyens, ne pourra, en aucun cas, excéder 20 mètres.

Art. 4. — Lorsque les voies sont en pente, la façade des bâtiments

en bordure sera divisée; pour le calcul de la hauteur, en sections dont aucune ne pourra dépasser 30 mètres. La cote de hauteur de chaque section sera prise au point milieu de chacune d'elles.

Art. 5. — Pour les bâtiments compris entre des voies d'inégale largeur ou de niveaux différents, la hauteur des constructions en bordure de chacune des voies ne pourra dépasser celle qui est fixée en raison de la largeur ou du niveau de la voie sur laquelle elle s'élève.

Si la distance entre les deux voies est inférieure à 15 mètres, la hauteur de la construction élevée entre les deux voies est régie par la plus large ou de niveau le plus élevé.

Cours et courettes.

Art. 6. — Dans les cours, toute baie éclairant une pièce définie à l'article 1er, y compris les cuisines, sera soumise aux dispositions ci-après. La vue directe aura, au niveau du dessus de l'allège de la baie, et dans toute son étendue, une largeur horizontale de deux mètres de part et d'autre de l'axe de la baie du rez-de-chaussée. Aucune construction faisant face à cette baie du rez-de-chaussée ne pourra monter à une hauteur supérieure au double de la longueur de la vue directe par rapport à la partie saillante de la façade sur cour. Cette disposition devra être mutuelle entre les constructions qui se font face dans ladite cour.

Les espaces libres dits courettes, qui ne répondront pas aux conditions du premier alinéa ci-dessus, ne pourront desservir que des pièces non visées à l'article 1er; la surface horizontale ne sera jamais inférieure à huit mètres carrés, ni le plus petit côté à deux mètres. Il sera ménagé, au rez-de-chaussée, une arrivée d'air permanente destinée à assurer la ventilation.

Art. 7. — Il est interdit d'établir des combles vitrés dans les cours et courettes au-dessus des parties sur lesquelles sont exclusivement aérées et éclairées soit des pièces pouvant servir à l'habitation, soit des cuisines, soit des cabinets d'aisances, à moins qu'ils ne soient munis d'un châssis ventilateur à face verticale dont le vide aura au moins le tiers de la surface de la cour ou courette et 40 centimètres au minimum de hauteur; dans ce dernier cas, il sera établi au voisinage du sol des orifices prenant l'air à l'extérieur et assurant en permanence le renouvellement de l'air de ladite cour ou courette, ou tout autre dispositif soumis à l'agrément de l'autorité sanitaire, assurant le renouvellement de l'air dans des conditions au moins équivalentes.

Art. 8. — Les propriétaires d'immeubles contigus peuvent se mettre d'accord pour avoir des cours et courettes communes dont les dimensions seront celles prescrites aux articles ci-dessus pour les cours et courettes dépendant d'un même immeuble.

Ils doivent, dans ce cas, notifier leur accord au maire et prendre envers l'administration municipale, avant le commencement des travaux, l'engagement par acte authentique de maintenir leurs cours et courettes conformes aux dispositions de l'alinéa précédent.

Les cours et courettes ne pourront être divisées que par des murs bahuts d'un mètre maximum de hauteur surmontés d'une grille.

Art. 9. — Au rez-de-chaussée et aux étages, le sol de toute pièce pouvant servir à l'habitation aura une surface minimum de 9 mètres carrés.

Chacune de ces pièces sera éclairée et aérée sur rue ou sur cour au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième de la surface de ladite pièce.

Art. 10. — Les jours de souffrance ne pourront jamais être considérés comme baies d'aération ni d'éclairage.

Caves.

Art. 11. — Les caves ne pourront être aménagées pour servir à l'habitation. Elles seront ventilées par des soupiraux communiquant avec l'air extérieur. Ces soupiraux auront au moins chacun 12 centimètres de hauteur avec une section libre minimum de 8 décimètres carrés.

Aucune pièce comportant une porte ou trappe de communication avec une cave ne pourra être affectée à l'habitation de nuit.

Sous-sols.

Art. 12. — Les sous-sols destinés à l'habitation ne pourront être descendus à plus de 1 m. 50 en contre-bas du niveau de la rue ou de la cour qu'ils bordent : ils auront chacune de leurs pièces aérée et éclairée au moyen de baies ouvrant sur rue ou sur cour et ayant les dimensions indiquées aux articles ci-dessus. Les murs et le sol devront être imperméables à l'humidité.

L'habitation de nuit est interdite dans les sous-sols.

Rez-de-chaussée et étages.

Art. 13. — Le sol des rez-de-chaussée destinés à l'habitation devra être établi sur caves ou sur sous-sol, ou, à défaut, il devra être surélevé de 30 centimètres au moins au-dessus du niveau extérieur; quand il reposera immédiatement sur terre-plein, une couche de matériaux imperméables s'interposera entre celui-ci et le dallage, le carrelage, le parquet, etc. Le sol en terre battue est interdit.

Toutes dispositions seront prises pour éviter l'ascension dans les murs de l'humidité du sol.

Art. 14. — La hauteur des pièces d'habitation mesurée sous plafond ne sera pas inférieure à 2 m. 70 et leur profondeur ne pourra dépasser le double de leur hauteur.

Toutefois, cette hauteur pourra être réduite jusqu'à 2 m. 50 si une ventilation permanente automatique et non mécanique est assurée dans les pièces d'habitation par un système reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène publique en France.

Art. 15. — A l'étage le plus élevé de la construction, la surface réglementaire prévue à l'article 9 sera mesurée à 1 m. 30 au-dessus du sol; le cube de la pièce ne pourra pas être inférieur à 22 mètres cubes.

Les parois de la pièce ne devront présenter d'angle rentrant en aucun point.

Art. 16. — Les parois de toutes les pièces d'habitation seront disposées de façon à protéger les occupants contre les variations de la température extérieure.

Boutiques destinées à l'alimentation.

Art. 17. — Tous les locaux dans lesquels seront vendus et conservés des produits alimentaires altérables, tels que poissons frais, volailles, gibier, viandes, fruits, légumes, etc., seront disposés de telle sorte que l'air y soit constamment renouvelé. A cet effet, s'il n'y a pas d'ouverture du côté opposé à la façade, ils seront munis d'un conduit de ventilation d'au moins 4 décimètres carrés de section, s'ouvrant dans la partie du plafond la plus éloignée de la devanture et s'élevant jusqu'au-dessus de la partie la plus élevée de la construction.

Les murs et le sol seront revêtus de matériaux imperméables et imputrescibles. Aucun étalage de denrées alimentaires ne pourra être établi à une hauteur moindre de 60 centimètres du sol. Le sol sera disposé de manière à permettre de fréquents lavages et à diriger les eaux en provenant vers un orifice d'évacuation siphonné.

En aucun cas, ces locaux ne pourront servir à l'habitation. Aucun cabinet d'aisances ne devra s'y ouvrir directement.

Un arrêté municipal pourra soumettre les conditions d'installation et d'aménagement des locaux visés au présent article à une vérification préalable de leur conformité avec les dispositions du présent règlement.

Escaliers.

Art. 18. — Les escaliers, corridors, vestibules et couloirs à usage commun seront aérés et éclairés directement dans toutes leurs parties.

Leur largeur ne pourra être inférieure à 1 mètre. Les revêtements intérieurs seront établis de manière à pouvoir être maintenus en état constant de propreté et facilement entretenus.

Chauffage.

Art. 19. — Toute pièce destinée à l'habitation devra pouvoir être chauffée individuellement. A cet effet, elle devra être munie d'un conduit de fumée spécial et étanche. Lorsque l'aération ne sera pas assurée par un conduit de fumée, il devra y être pourvu au moyen d'un système de ventilation efficace et continue.

Art. 20. — Toute cuisine comportera obligatoirement :

1° Un conduit de fumée établi dans les conditions du présent règlement et destiné à desservir les appareils fixes ou mobiles brûlant des combustibles solides, liquides ou gazeux;

2° Une hotte installée au-dessus de l'emplacement réservé au fourneau ou réchaud quel qu'il soit, et pourvue à la partie la plus haute d'un conduit ascendant de ventilation de section libre suffisante, indépendant du conduit de fumée.

Ce conduit de ventilation, longeant, autant que possible, le conduit de fumée, sera comme ce dernier, prolongé jusqu'au dessus de la partie la plus élevée de la construction, à moins qu'il ne soit muni, à sa sortie du toit, d'un appareil aspirateur efficace.

A défaut de hotte, il devra être établi un dispositif d'une efficacité au moins équivalente.

Le « tubage » des conduits de fumée est interdit; mais l'usage pour les cuisines de conduits spéciaux, fabriqués en matériaux résistant au feu et imperméables à la fumée, et comportant des conduits de fumée et de ventilation accolés, pourra être autorisé.

Art. 21. — Les conduits fixes de fumée s'élèveront à 40 centimètres au moins au-dessus de la partie la plus élevée de la construction. Les conduits de fumée ne devront communiquer entre eux ni intérieurement, ni extérieurement, et être établis de manière à éviter les siphonnements. Leur section intérieure ne sera jamais inférieure à 4 décimètres carrés. Les clefs destinées à régler le tirage de ces conduits ne devront jamais pouvoir fermer complètement leur section.

Art. 22. — Le système de chauffage devra être tel qu'il ne se dégage à l'intérieur des pièces habitables ni fumée, ni aucun gaz pouvant compromettre la santé des habitants.

Art. 23. — Les prises d'air, et notamment celles des calorifères, devront se faire à l'extérieur de l'habitation, à l'exclusion des courettes. Celles qui conduiront l'air à l'intérieur de l'habitation devront être munies d'un dispositif arrêtant les poussières.

Installations d'eau, de gaz et d'électricité.

Art. 24. — Les installations d'eau, de gaz et d'électricité devront être réalisées conformément aux règles de la bonne technique et constamment maintenues en bon état, afin qu'il ne puisse résulter de l'existence et de l'utilisation de ces installations aucun risque pour les choses ni pour les personnes.

Art. 25. — Les installations électriques générales de l'immeuble devront être établies de manière à permettre au minimum la fourniture simultanée d'une puissance de 25 watts par mètre carré de surface des différents locaux définis à l'article 1er.

Evacuation des eaux pluviales.

Art. 26. — L'évacuation des eaux pluviales sera assurée rapidement et sans stagnation. Les gouttières et cheneaux devront être maintenus en bon état de fonctionnement et d'étanchéité.

Art. 27. — Il est interdit de projeter des eaux usées, des détritus ou autres immondices de quelque nature qu'ils soient dans les cheneaux ou gouttières.

Art. 28. — Le sol des cours et courettes présentera des pentes convenablement réglées et les dispositifs nécessaires en vue de l'évacuation rapide des eaux sans stagnation.

Evacuation des eaux et matières usées.

Art. 29. — Les eaux et les matières usées devront être éloignées de l'habitation dans des conditions telles qu'elles ne puissent jamais nuire à la santé publique. Lorsque l'agglomération comportera un réseau d'assainissement, que l'immeuble pourra y être relié et que rien ne rendra cette mesure techniquement impossible, le raccordement de toutes les canalisations évacuant des eaux usées et des matières de vidanges sera obligatoire.

Art. 30. — Dans toute maison, il y aura, par appartement ou logement, quelle qu'en soit l'importance, à partir de deux pièces habitables (en y comprenant la cuisine), un cabinet d'aisances. Un poste de lavage avec vidoir siphonné sera installé à proximité de ce cabinet, la disposition des canalisations devant exclure tout risque d'intercommunication.

Art. 31. — Il sera établi également, et dans les mêmes conditions pour le service des pièces habitables louées séparément, un cabinet d'aisances par cinq pièces habitables, et un poste d'eau par dix pièces habitables.

Art. 32. — Dans tout établissement, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminée en prenant pour base le nombre des personnes appelées à en faire usage.

Art. 33. — Les cabinets d'aisances seront munis de revêtements lisses et imperméables susceptibles d'être facilement lavés ou blanchis à la chaux. Ils seront éclairés et aérés directement sur l'extérieur. Le système d'aération sera installé de telle sorte qu'il puisse assurer le renouvellement permanent de l'air.

Art. 34. — Les cabinets d'aisances installés dans les habitations ne communiqueront directement ni avec les salles à manger ni avec les cuisines.

Art. 35. — Les cabinets d'aisances seront munis d'une cuvette siphonnée; un dispositif assurera le lavage de la cuvette.

Lorsque le raccordement à un réseau d'assainissement sera techniquement irréalisable, les cabinets d'aisances seront munis d'un dispositif de fermeture mettant l'habitation à l'abri des émanations.

Art. 36. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux réglementations spéciales en vigueur.

Les fosses d'aisances au-dessous du sol des caves sont interdites. Les fosses d'aisances seront construites sur un plan rectangulaire ou circulaire de façon à éviter les angles rentrants et les étranglements. Elles auront au moins 2 mètres de hauteur sous plafond. Les murs, le plancher haut ou la voûte ainsi que le radier auront une épaisseur variant de 20 centimètres au moins pour le béton de ciment à 45 centimètres pour la maçonnerie, et seront recouverts d'un enduit assurant une étanchéité rigoureuse et permanente et ne présentant aucune solution de continuité intérieure. Le fond des fosses sera construit en forme de cuvette concave et tous les angles intérieurs arrondis à 25 centimètres de rayon. L'ouverture d'extraction sera placée au centre du plan et munie d'un tampon hermétique ayant un minimum de 0 m. 70 × 1 mètre de section. Les tuyaux de chute seront verticaux et auront un diamètre minimum de 20 centimètres. Un tuyau d'évent sera établi à l'aplomb des tuyaux de chute et montera verticalement jusqu'à la hauteur des souches de cheminées de l'immeuble et des constructions contiguës. Les fosses d'aisances seront rigoureusement étanches. Celles dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées ou aménagées.

Art. 37. — Toute construction de fosse d'aisances devra faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire.

Les fosses d'aisances des immeubles démolis devront être vidangées et désinfectées. Aucune fosse d'aisances ne pourra être comblée avant d'avoir été vidangée et désinfectée.

Art. 38. — Les puits perdus et puisards absorbants sont interdits.

Art. 39. — Les parois intérieures de tous les ouvrages appelés à recevoir des matières usées avec ou sans mélange d'eau pluviale ou de tous autres liquides seront lisses et imperméables.

Ces ouvrages seront établis de manière à assurer la bonne évacuation des matières solides et liquides à recevoir. Leurs communications avec l'extérieur seront établies de telle sorte qu'aucun retour de liquides, de matières ou de gaz nocifs ne puisse se produire dans l'intérieur des habitations.

Les joints seront hermétiques.

Les canalisations seront munies de tuyaux dits d'évent. Ceux-ci seront prolongés au-dessus des parties le plus élevées de la construction; ils seront établis de manière à ne jamais déboucher soit au-dessous, soit à proximité des fenêtres ou des réservoirs d'eau.

Art. 40. — Les conduits d'évacuation des éviers, lavabos, vidoirs, salles de bain, etc., seront indépendants des descentes d'eaux pluviales.

S'ils sont raccordés avec ceux des cabinets d'aisances, l'occlusion sera établie comme pour ces derniers, et toutes dispositions utiles seront prises pour éviter le désamorçage des siphons.

Art. 41. — Dans tout immeuble destiné à l'habitation collective, il sera aménagé un local spécial, clos, ventilé, aisément accessible, ouvrant directement sur rue, cour ou courette pour le dépôt des récipients à ordure ménagère.

Le sol et les parois de ce local devront être constitués par des matériaux imputrescibles, imperméables et ne permettant en aucun cas l'intrusion des rongeurs.

Le local sera constamment fermé d'une porte qui en interdira l'accès.

Les récipients destinés à contenir les ordures ménagères seront étanches, constitués de matériaux imperméables et munis d'un mode de fermeture interdisant l'accès de ces boîtes aux mouches, rongeurs et autres animaux. Leur assise sera telle qu'ils ne pourront être renversés par les chiens ou autres animaux.

CHAPITRE II

Dispositions particulières applicables aux constructions et habitations rurales.

Habitations.

Art. 42. — Dans les constructions neuves, les parois des murs et des cloisons seront enduites ou tout au moins badigeonnées à l'intérieur à la chaux. Les constructions en pisé ne pourront être élevées que sur une fondation hourdée tout au moins en chaux hydraulique jusqu'à 30 centimètres au-dessus du sol.

Art. 43. — Le sol du rez-de-chaussée destiné à l'habitation sera établi dans les conditions fixées à l'article 13 ci-dessus.

Art. 44. — La cuisine, pièce souvent commune, doit être haute, spacieuse, largement éclairée et facile à aérer.

La surface d'éclairement sera au minimum de un sixième de la surface de la pièce et pourra être réduite au un huitième dans les régions froides.

Son sol sera rendu imperméable. Les murs le seront également sur une hauteur minimum de 1 mètre; dans le reste de leur étendue, les murs et le plafond seront enduits et peints à l'huile ou à la colle ou seront au moins blanchis à la chaux vive une fois l'an.

Le foyer sera placé sous une hotte, desservie par un tuyau de fumée surmontant de 40 centimètres au moins la partie la plus élevée de la construction : une ventilation efficace sera assurée.

Des précautions efficaces seront prises pour empêcher l'introduction et assurer la destruction des mouches.

La cuisine aura un évier avec tuyau siphonné. Les eaux ménagères, si elles ne peuvent être envoyées dans un réseau d'assainissement ou dans une fosse étanche, devront être amenées par une canalisation fermée et étanche, jusqu'en un point aussi éloigné que possible des habitations, et dans des conditions telles qu'elles ne puissent nuire à la santé publique.

Art. 45. — Toute pièce servant à l'habitation de jour ou de nuit sera haute au moins de 2 m. 70 sous plafond et d'une surface minimum de 9 mètres carrés. Elle sera éclairée et aérée directement au moyen d'une ou de plusieurs baies dont l'ensemble devra présenter une section totale ouvrante au moins égale au sixième du sol de ladite pièce.

Art. 46. — Les cheminées, fours et appareils quelconques de chauffage seront établis dans les conditions des articles 19, 21, 22 et 23.

Art. 47. — L'habitation de jour et de nuit est interdite dans les caves; elle est interdite de nuit dans les sous-sols, greniers à grains et à fourrage ainsi que dans les pièces dépourvues de fenêtres ou insuffisamment séparées des logements destinés aux animaux.

Art. 48. — Les cabinets, tinettes et fosses d'aisances seront établis de telle sorte qu'ils ne puissent contaminer les sources, puits et citernes.

Des précautions efficaces seront prises contre l'introduction et la pullulation des mouches et des moustiques.

Les fosses d'aisances devront répondre aux prescriptions des articles 36 (deuxième alinéa) et 37.

Art. 49. — Les fosses septiques épuratrices, les fosses chimiques ou appareils analogues, lorsqu'elles ne sont pas interdites, seront établies conformément aux réglementations spéciales en vigueur.

CHAPITRE III

Des autorisations.

(Dispositions applicables aux agglomérations de 5.000 habitants et au-dessous.)

Demandes d'autorisation.

Art. 50. — Conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 15 février 1902, modifiée par le décret-loi du 30 octobre 1935, nul ne peut, dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus, édifier une habitation sans une autorisation écrite délivrée par le maire, sur avis motivé de l'inspecteur départemental d'hygiène.

Formes des demandes.

Art. 51. — Toute personne désireuse de faire édifier une habitation remettra ou adressera au maire un dossier en trois exemplaires comprenant les pièces indiquées ci-après :

1° Une demande faisant connaître ses nom, prénoms et domicile. Si c'est un locataire qui fait construire, la demande devra être contresignée par le propriétaire du fond. La destination des constructions devra être spécifiée dans la demande;

2° Un plan d'ensemble indiquant l'emplacement et les accès de construction projetée ou des constructions existantes sur la propriété, à l'échelle de 1/1000e;

3° Les plans du sous-sol, du rez-de-chaussée et de chaque étage, à l'échelle de 1/200e;

4° Les façades et coupes nécessaires à la compréhension du projet, à l'échelle de 1/200e;

5° L'indication des dispositions prévues pour l'alimentation en eau et pour l'évacuation des matières et eaux usées ainsi que des eaux pluviales, à l'échelle de 1/200e. Les dessins à une échelle plus grande que celles ci-dessus prévues seront acceptées.

Récépissé du dépôt du dossier sera délivré au demandeur.

L'autorité chargée de l'étude du projet sera fondée à demander au propriétaire communication des clauses de son titre de propriété, qui visent la désignation de l'immeuble, les servitudes et charges de nature non financière déclarées ou imposées, ainsi que l'origine de la propriété.

Délai de validité des autorisations.

Art. 52. — Lorsque l'autorisation lui aura été accordée, le demandeur devra faire connaître au maire la date à laquelle il fera commencer les travaux; cette autorisation sera considérée comme périmée

s'il n'en est pas fait usage dans le délai d'un an à partir de la date à laquelle elle a été délivrée.

Surveillance des travaux.

Art. 53. — Pour permettre aux représentants de l'autorité sanitaire de procéder à tout moment à l'inspection des travaux en cours, l'autorisation et les dessins originaux approuvés doivent rester entre les mains des personnes chargées de l'exécution des travaux, pour être présentés à toute réquisition des agents de la surveillance.

Au cas où les travaux ne seraient pas conformes à l'autorisation, le maire pourra mettre en demeure le titulaire de cette autorisation de les arrêter, sous réserve du dépôt d'un nouvelle demande, et sans préjudice des poursuites en application de l'article *in fine* du présent règlement.

Permis et interdiction d'habiter.

Art. 54. — Les constructions visées au chapitre I[er] du présent règlement ne pourront être habitées qu'après délivrance du permis d'habiter accordé par le maire, sur le rapport de l'autorité sanitaire constatant que les prescriptions du règlement sanitaire ont bien été observées.

Ce permis doit être délivré dans un délai de vingt et un jours à partir du dépôt à la mairie du procès-verbal attestant que les travaux sont terminés. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé.

La décision d'interdiction d'habiter sera publiée et affichée dans les formes ordinaires.

TITRE II

EAUX D'ALIMENTATION ET BAINS PUBLICS

Alimentation en eau.

Art. 55. — Dans toutes les agglomérations ou parties d'agglomérations desservies par une distribution d'eau potable, toute habitation devra y être reliée par un branchement, suivi d'une canalisation qui mette cette eau à la portée de tous les habitants de l'immeuble à tous les étages, à toute heure du jour et de la nuit.

Art. 56. — Dans le cas où un immeuble est, en outre, desservi par une canalisation d'eau non potable, celle-ci doit être entièrement distincte de la première et revêtue d'une peinture de couleur rouge; il ne devra exister, entre les deux canalisations, aucune communication directe ou indirecte.

Art. 57. — Les parois intérieures des réservoirs d'eau potable seront formées de matières qui ne risquent pas d'altérer les eaux. Le plomb et ses composés notamment sont prohibés.

Les réservoirs seront clos de façon que les poussières ou toutes autres matières étrangères solides ou liquides n'y puissent pénétrer. Ils seront établis de manière à permettre leur vidange totale et leur nettoyage. Ils ne devront recevoir que des eaux potables et seront alimentés par surverse.

Des précautions seront prises pour assurer la continuité de l'alimentation en eau potable pendant la mise hors circuit des réservoirs.

Ceux-ci seront protégés contre la chaleur et sans aucun contact possible avec les conduits d'évacuation des eaux usées, y compris les eaux ménagères.

Art. 58. — Aucun puits ne pourra être utilisé pour l'alimentation s'il n'est à l'abri de toute possibilité de contamination, notamment celle provenant de cabinets d'aisances, dépôts de fumier ou d'immondices, mares, potagers, etc.

Les puits seront fermés à leur orifice ou protégés par une couverture surélevée. Leur paroi sera étanche, la margelle devra surmonter le sol de 50 centimètres au moins.

Les puits seront protégés contre toute infiltration d'eaux superficielles par l'établissement d'une aire étanche d'au moins 2 mètres autour du puits, hermétiquement rejointe aux parois du puits et légèrement inclinée vers l'extérieur.

L'eau sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination de l'eau.

Art. 59. — Tout projet d'établissement d'un nouveau puits devra faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'autorité sanitaire.

Art. 60. — Des citernes destinées à recueillir l'eau de pluie seront étanches et couvertes. L'eau y sera puisée à l'aide d'une pompe ou par tout autre moyen évitant la contamination. La couverture sera munie à son sommet d'une baie d'aération et le tuyau d'aération sera muni d'une toile métallique inoxydable; on ne devra pratiquer aucune culture sur la couverture.

Les citernes seront précédées de dispositifs destinés à écarter les premières eaux de lavage des toitures et à arrêter les corps étrangers tels que terre, gravier, feuilles, détritus et déchets de tous ordres, etc.

Art. 61. — Il est interdit aux propriétaires, hôteliers, tenanciers ou gérants des immeubles et établissements où de l'eau est mise à la disposition des usagers de livrer, pour l'alimentation ou pour tous les usages ayant un rapport même indirect avec l'alimentation (tels que le lavage des récipients destinés à contenir des boissons, du lait, des produits alimentaires), une autre eau potable (eaux minérales naturelles et eaux de table autorisées exceptées) que celle de distribution publique.

La même interdiction s'applique aux fabricants de glaces, eaux gazeuses, limonades, sodas, etc.

Lorsque par suite d'un motif dont justification sera due à l'autorité sanitaire, l'eau délivrée aux consommateurs, ou utilisée pour des usages connexes, ne pourra pas être celle de la canalisation urbaine, ou s'il n'y a pas dans la commune de service public des eaux, les personnes ci-dessus désignées seront astreintes à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers qu'elles peuvent faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau offerte par elles pour l'alimentation est saine, et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire avant toute utilisation.

Lorsqu'il existera des raisons de craindre la contamination des eaux, même si la présence de ces causes d'insalubrité ne leur est pas imputable, les personnes visées au premier alinéa auront l'obligation de prendre toutes mesures utiles pour rendre sûrement et en tout temps les eaux indemnes de tout germe pathogène ou dangereux. Ces mesures seront portées à la connaissance de l'autorité sanitaire qui aura la faculté à tout moment de contrôler la qualité des eaux.

Lorsqu'il sera constaté que les eaux ne sont pas saines, qu'elles sont insuffisamment protégées, leur usage sera immédiatement interdit. Leur utilisation ultérieure sera subordonnée à une autorisation préfectorale spéciale qui ne pourra être accordée qu'après avis favorable de l'autorité sanitaire.

Piscines ouvertes au public.

Art. 62. — Les piscines ouvertes au public ne seront autorisées que si elles répondent aux prescriptions suivantes :

La disposition des lieux devra être telle qu'il soit impossible de pénétrer directement sur le trottoir qui borde la piscine.

Un système de douches et de pédiluves sera installé où passeront obligatoirement les baigneurs avant de pénétrer dans la piscine.

L'eau devra, après épuration par filtration, ou par tout autre procédé équivalent, être désinfectée par un procédé qui permette d'assurer d'une façon constante l'absence de germes pathogènes. Les exploitants seront astreints à toutes précautions utiles pour éviter tous dangers que le bain en piscine peut faire courir à la population. Il leur est ordonné de s'assurer que l'eau des piscines qu'ils exploitent est saine et d'en faire la déclaration à l'autorité sanitaire.

Il devra exister un local permettant éventuellement l'examen sanitaire des baigneurs, une installation de désinfection pour les costumes de bains, et des lavabos et water-closets en nombre suffisant.

Les piscines ouvertes au public devront être réapprovisionnées en eau neuve au moins une fois par semaine; elles seront vidangées et nettoyées au moins une fois par mois.

TITRE III

DENREES ALIMENTAIRES

Art. 63. — L'étalage à l'air libre, à l'extérieur des magasins de vente, des produits alimentaires ne subissant pas la cuisson est interdit.

Les sucreries, crèmes, fromages, beurres, fruits séchés, gâteaux, etc., devront être renfermés dans des bocaux, cases, globes, cloches, boîtes vitrées ou métalliques, etc.

Les commerçants ambulants et ceux des marchés publics sont tenus de prendre les mêmes précautions.

Les aliments cuits préalablement à la vente et destinés à être consommés dans l'état où ils sont mis en vente ne devront jamais être exposés aux étalages à l'air libre à l'extérieur des magasins de vente.

Les commerçants qui vendent des produits alimentaires sont tenus de mettre à la disposition de leur personnel, dans un local facilement accessible, et au voisinage immédiat du magasin de vente, de l'eau et du savon pour le lavage des mains.

L'entrepôt, le transport ou la livraison à domicile des aliments doivent être entourés des précautions nécessaires pour les mettre à l'abri de toute souillure.

Il est interdit de déposer des substances destinées à l'alimentation humaine, et notamment du pain, sur le sol, sur les paillassons aux portes des habitations ou à la portée des animaux.

TITRE IV

PROTECTION CONTRE LES MATIERES USEES. LOGEMENT DES ANIMAUX.

Art. 64. — Les écuries, bouveries, bergeries, porcheries, etc., seront efficacement ventilées, efficacement éclairées et pourvues d'un plancher haut entièrement étanche et isolant. Elles seront complètement séparées des pièces destinées à l'habitation (1).

Les murs seront imperméabilisés intérieurement jusqu'à 1 m. 50 à partir du sol et blanchis à la chaux vive dans le reste de leur hauteur, ainsi que le plafond.

Leur sol, également imperméable, devra avoir une pente convenable facilitant l'écoulement des liquides au caniveau d'évacuation et à la fosse à purin.

La hauteur sous plafond sera au moins de 2 m. 50 pour les étables et les porcheries, pouvant être ramenée à 2 m. 25 dans les pays

---

(1) Il est recommandé de prévoir une surface d'éclairement toujours supérieure au 1/20e de la surface des locaux.

froids, de 3 mètres pour les écuries et les bergeries. Des précautions seront prises pour empêcher l'introduction et la pullulation des mouches et pour assurer leur destruction.

Celliers, pressoirs, locaux de cuvage.

Art. 65. — Les celliers, pressoirs et locaux de cuvage seront bien éclairés et aérés.

Mares.

Art. 66. — La création des mares ne peut se faire sans une autorisation du maire.

Les mares, abreuvoirs et fossés à eau stagnante seront éloignés des habitations; ils seront curés une fois par an ou comblés s'il sont nuisibles à la santé publique.

En aucun cas le déversement des eaux usées, de quelque nature qu'elles soient, n'y sera toléré. Il est défendu d'étaler les vases provenant de ce curage auprès des habitations.

Lavoirs.

Art. 67. — Les lavoirs seront largement aérés. Les revêtements de leurs parois seront lisses et imperméables. Le sol aura des rigoles d'écoulement pour les eaux. Ces eaux seront canalisées jusqu'en un point où elles ne seront plus susceptibles de nuire. Les bassins des lavoirs seront étanches, tenus avec la plus grande propreté, vidés, nettoyés et désinfectés au moins une fois par mois.

Fumiers.

Art. 68. — Les fumiers des écuries, vacheries, bouveries, bergeries et porcheries seront évacués aussi souvent qu'il sera nécessaire pour qu'ils ne causent aucune nuisance.

Il est formellement interdit de les accumuler et de les laisser séjourner en bordure de la voie publique, contre les habitations et tous établissements publics ou à proximité des sources, des captages d'eau, des puits, des citernes et du littoral maritime.

En attendant leur utilisation, on devra les déposer sur des aires étanches convenablement disposés pour l'évacuation des liquides à la fosse à purin.

Toutes mesures nécessaires seront prises pour empêcher la pullulation des mouches et des phlébotomes.

Tout dépôt de fumier, qu'elle qu'en soit l'importance, sera supprimé s'il est reconnu susceptible de nuire à la santé publique.

Les fosses à purin seront construites en maçonnerie, rendues complètement étanches et vidangées comme les fosses d'aisances.

Le contenu des fosses à purin pourra être utilisé pour l'épandage

agricole loin des habitations. Il ne sera jamais déversé sur des légumes ou sur des fruits susceptibles d'être consommés crus.

Les fosses dont l'insalubrité serait constatée devront être immédiatement réparées, reconstruites ou supprimées.

Tout écoulement des purins dans les caniveaux de rue, sur la voie publique ou ses dépendances ou dans les cours d'eau, sources ou mares, dans les puisards, bétoires et carrières abandonnées ou non, est formellement interdit.

TITRE V

MESURES DE SALUBRITE GENERALE. — VIDANGES, ORDURES MENAGERES, GADOUES, DEPOTS DE PULPES, DRECHES, MARCS ET AUTRES RESIDUS FERMENTESCIBLES.

Art. 69. — Il est interdit de déverser directement dans les cours d'eaux, lacs et étangs, dans la mer et de déposer sur leurs rives, des matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, huiles, mazout, pétroles et dérivés et, en général, toute substance qui serait de nature à constituer une cause d'insalubrité.

Cette interdiction ne s'applique pas au déversement d'eaux usées et de matières excrémentielles, qui ont fait l'objet d'un traitement conforme aux lois et règlements en vigueur et approuvé par l'autorité sanitaire.

Art. 70. — Sans préjudice de l'application de la loi du 19 décembre 1917, modifiée et complétée par la loi du 20 avril 1932, relative aux établissements dangereux, insalubres et incommodes, les dépôts de matières de vidanges, ordures ménagères, gadoues, immondices, feuilles, marcs de raisins et autres résidus fermentescibles seront soumis aux dipositions ci-après.

Art. 71. — Le transport des matières visées à l'article précédent devra être opéré dans des conditions telles qu'il n'en résulte aucune nuisance pour la santé publique.

Les vidanges seront transportées en récipients parfaitement étanches. Les autres matières ne pourront être transportées et circuler sur les routes et chemins que dans des voitures à parois pleines au moins jusqu'en haut des ridelles. Ces voitures seront au moins bâchées. Elles ne devront laisser échapper aucune partie de leur contenu.

Les véhicules aussitôt chargés devront se rendre directement au point de destination. Il leur est interdit de stationner sur aucune place, rue, route ou chemin.

Art. 72. — Les dépôts des matières visées au présent titre devront être éloignés des habitations, routes et chemins et mis à l'abri des mouches. Ils seront établis sur des aires étanches avec rebords étan-

ches à moins qu'il ne soit reconnu par l'autorité sanitaire que la nature du sol et des dépôts n'exige pas cette prescription (2).

Tout dépôt qui constituera une cause d'insalubrité sera supprimé.

Il est interdit de déverser des urines, de déposer des matières fécales sur le sol, dans les dépendances et au voisinage des habitations, et sur les routes et chemins.

Art. 73. — Les dépôts de boues, d'immondices, d'ordures ménagères, de gadoues faits en vue d'une utilisation immédiate sur des terrains de culture, et à l'exclusion de cession à des tiers, ne pourront être établis qu'après une déclaration préalable faite à la mairie. Aucun de ces dépôts ne pourra avoir un volume supérieur à 2.000 mètres cubes.

Ces dépôts ne seront jamais faits dans une carrière ou dans toute autre excavation, ni à proximité de puits, sources, cours d'eau, baignades, plages, parcs à coquillages.

Ils ne pourront être établis à moins de 5 mètres des routes et autres chemins et de 200 mètres de toute habitation existante.

Tous ces dépôts devront être complètement recouverts, aussitôt après les déchargements faits dans une journée, par une couche de terre meuble ou autres matières inertes d'au moins 10 centimètres d'épaisseur.

Art. 74. — Aucun triage ou chiffonnage ne devra être fait sur les dépôts d'ordures ménagères quels qu'ils soient.

Art. 75. — L'utilisation culturale des boues, immondices, ordures ménagères, gadoues, ne pourra avoir lieu qu'au fur et à mesure des besoins; ces matières devront être enfouies par un labour assez profond effectué dans les premiers jours suivants.

Art. 76. — Les déchargements et déversements des matières de vidanges, en quelque lieu que ce soit, sont formellement interdits, sauf s'ils sont effectués dans des citernes étanches et couvertes ou dans des usines de traitement dont le fonctionnement aura été préalablement autorisé par l'autorité préfectorale, conformément à la loi du 19 décembre 1917 modifiée visée à l'article 70 ci-dessus.

Art. 77. — Toutefois la distribution et la répartition non massive des matières de vidange, à la surface des terres labourables, pourront être tolérées si elles sont faites à une distance de 200 mètres au moins de toute habitation, et à une distance suffisante de tous cours d'eau, sources, puits, baignades, plages, parcs à coquillages, routes et chemins, pour qu'il n'en résulte aucun inconvénient au point de vue de l'hygiène publique.

Toute opération de cette nature doit faire l'objet au préalable d'une déclaration à la mairie par l'exploitant.

---

(2) L'étanchéité pourra être obtenue, par exemple, avec une couche d'argile damé suffisamment épaisse.

Les matières seront répandues uniformément sur le sol à l'aide de dispositifs appropriés, puis enfouies profondément par un labour dans les premiers jours suivants.

Le stationnement sur les routes et chemins des véhicules transportant des matières de vidanges est formellement interdit; le stationnement de ces véhicules ne pourra être toléré que sur des chemins ruraux ou d'exploitation à la condition qu'il ait lieu à une distance d'au moins 100 mètres des habitations.

Art. 78. — Les opérations prévues aux articles du présent titre sont formellement interdites sur tous les terrains où sont cultivés des fruits, légumes et salades poussant à ras de terre et destinés à être consommés crus.

Ces opérations devront être interdites par le préfet, après avis du conseil départemental d'hygiène, dans des zones délimitées autour des agglomérations, cours d'eau, aqueducs, sources, mares, points d'eau, baignades, plages, zones littorales, parcs à coquillages, etc.

Balayage. — Nettoiement.

Art. 79. — Dans les agglomérations où le balayage n'est pas assuré par les municipalités, les habitants sont tenus, aux jours et heures fixés par le maire, de balayer, après arrosage, le sol du devant de leur maison, de leur magasin, de tout bâtiment, du mur de clôture et des cours ou jardins en bordure de la voie publique.

Art. 80. — Les ordures ménagères seront obligatoirement réunies dans des récipients métalliques étanches et clos dont l'enlèvement sera assuré par les soins de l'autorité municipale.

Art. 81. — Les modalités et, éventuellement, les cahiers des charges, réglant les conditions d'enlèvement des vidanges, ordures ménagères, gadoues ou immondices de toutes sortes, devront être soumis à l'approbation de l'autorité préfectorale. L'approbation devra obligatoirement porter sur le matériel d'enlèvement, la destination des immondices et la surveillance du service de l'autorité sanitaire.

Art. 82. — Il est interdit de secouer ou de battre aux fenêtres ou sur la voie publique, des torchons, tapis, objets de literie, etc., en dehors des heures réglementaires. Il est interdit de balayer à sec les cours, corridors, allées, escaliers et en général toutes les parties communes des maisons comportant plusieurs locataires ou dont les portes sont ouvertes sur la voie publique. La même interdiction est applicable aux locaux ouverts au public, aux heures où celui-ci y est admis.

Le nettoyage des murs ou des plafonds, le raclage des poussières, doivent s'effectuer en prenant des précautions efficaces pour éviter la dispersion des poussières. Le battage des paillassons, tapis de pieds, tentures, est interdit en dehors des lieux et des heures réglementaires.

Art. 83. — Il est interdit de cracher à terre dans les rues, les promenades, les endroits publics, les voitures publiques.

Les véhicules des services de transports en commun devront, s'ils effectuent un service journalier, être nettoyés au moins une fois par jour et le plancher devra être lavé.

Animaux morts.

Art. 84. — Il est interdit de jeter les cadavres d'animaux morts sur la voie publique ainsi que dans les mares, rivières, abreuvoirs, gouffres et bétoires ou de les enterrer au voisinage des habitations, des puits ou des abreuvoirs.

Destruction des rats.

Art. 85. — Les propriétaires d'immeubles devront faire boucher toutes les ouvertures accidentelles ou susceptibles de donner accès aux rats. Lorsque la présence de rats aura été constatée dans un immeuble, le propriétaire sera tenu de prendre sans délai les mesures qui lui seront prescrites par l'autorité sanitaire.

Défense contre les moustiques.

Art. 86. — Les bassins d'ornement et d'arrosage, les vases ornementaux vides, les abreuvoirs pour animaux petits et grands, les gouttières, etc., doivent être vidés complètement une fois par semaine.

Les bassins de relai des eaux de distribution doivent être recouverts d'une toile métallique fine inoxydable, à maille de un millimètre.

Les citernes inutilisées seront supprimées. Les citernes seront séparées du tuyau de chute par un siphon; le tuyau d'aération sera garanti par une toile métallique fine inoxydable, à maille de un millimètre.

Une toile métallique fine, inoxydable à maille de un millimètre garnira le tuyau d'aération des fosses d'aisances.

TITRE VI

SURVEILLANCE DES OUVRAGES ET INSTALLATIONS CONCERNANT LES EAUX POTABLES ET LES EAUX ET MATIERES USEES

Art. 87. — Indépendamment des prescriptions légales sur la protection des eaux potables, notamment sur la surveillance des périmètres de protection, et de la législation en vigueur sur les établissement classés, le contrôle sanitaire s'exercera sur les ouvrages et installations destinés à capter, à traiter, à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation, ainsi que sur les ouvrages et installations destinés à recevoir, collecter, éloigner et traiter les eaux et matières usées.

Pour l'application du présent article, les eaux minérales naturelles pourront être considérées comme eaux potables par arrêté du Ministre de la Santé publique après avis de l'Académie de médecine.

Etablissements classés.

ART. 88. — Indépendamment de la législation en vigueur sur les établissements classés, il est formellement interdit d'aménager ou d'exploiter des tueries particulières dans les stations climatiques, touristiques, balnéaires ou uvales.

Les tueries particulières existant à l'heure actuelle dans lesdites stations devront, dans un délai de trois ans à dater de la promulgation du présent arrêté, être transférées hors des agglomérations.

TITRE VII

HABITATION COLLECTIVE DANS LES LIEUX OU LOCAUX DESTINES AUX VACANCES, AU REPOS, AUX LOISIRS, AUX SPORTS, A LA VIE SAINE, ETC.

ART. 89. — L'habitation collective, même temporaire, dans les installations, camps, et d'une manière générale en tous lieux ou en tous locaux destinés aux vacances, au repos, aux loisirs, aux sports, à la vie saine, loin des agglomérations, ne sera permise que si lesdites installations ont été autorisées par le préfet, sur le vu d'un rapport favorable établi par l'inspecteur départemental d'hygiène, après une enquête sur place qui portera sur les conditions d'emplacement, d'installation, de logement ou de campement, de ravitaillement, d'approvisionnement en eau potable, d'évacuation des eaux et matières usées, etc.

Ces installations pourront, en tous temps, être visitées par l'autorité sanitaire, qui prescrira toutes les mesures jugées utiles pour remédier aux défectuosités constatées, et qui en poursuivra l'exécution conformément aux dispositions du présent règlement, ou, s'il y a lieu, dans les formes prévues à l'article 12 de la loi du 15 février 1902.

La demande d'autorisation précisera la durée annuelle totale et le nombre de journées successives d'utilisation.

TITRE VIII

PROPHYLAXIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES ASTREINTES A LA DECLARATION OBLIGATOIRE OU FACULTATIVE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ART. 90. — En vertu de l'article 4 de la loi du 15 février 1902, et conformément à l'article 1er du décret du 10 février 1903, les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmis-

sibles sont déterminées, notamment en ce qui concerne l'isolement du malade et la désinfection, dans les conditions fixées par les articles ci-après.

Ces mesures sont applicables également sur la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance, après entente avec les intéressés.

Isolement.

Art. 91. — Toute personne atteinte d'une des maladies visées à l'article qui précède sera isolée de telle sorte qu'elle ne puisse propager cette maladie par elle-même ou par ceux qui sont appelés à la soigner.

L'isolement sera pratiqué soit à domicile, soit dans un local spécialement aménagé à cet effet, soit à l'hôpital.

Art. 92. — Jusqu'à la disparition complète de tout danger de transmission, on ne laissera approcher du malade que les personnes s'étant astreintes à prendre les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la maladie.

Transport des malades.

Art. 93. — Le transport du malade sera effectué par une voiture spéciale qui devra être désinfectée après le voyage.

Dans le cas où, à défaut de voiture spéciale, il serait fait usage d'une voiture publique ou privée, ce véhicule devra être désinfecté immédiatement après le transport, sous la responsabliité de ses propriétaires et conducteurs, qui pourront exiger un certificat de désinfection.

Art. 94. — Il est interdit à toute personne atteinte d'une des maladies transmissibles visées aux articles ci-dessus de pénétrer dans une voiture affectée au transport en commun.

Désinfection.

Art. 95. — La désinfection, c'est-à-dire la destruction des germes pathogènes, devra être faite par un procédé reconnu efficace par le Conseil supérieur d'hygiène.

Art. 96. — Il est interdit de déverser aucune déjection ou excrétion (crachats, matières fécales, urines, etc.) provenant d'un malade atteint d'une affection transmissible, sur les voies publiques ou privées, dans les cours, dans les jardins, sur les fumiers, dans les cours d'eau, mares ou étangs (ainsi que sur le littoral maritime ou dans les bassins des ports). La même interdiction est faite pour le déversement des eaux de bains et de toilette de ces malades.

Les déjections ou excrétions seront recueillies dans des vases spéciaux; elles seront désinfectées et exclusivement déversées dans les cabinets d'aisances ou leurs conduits d'évacuation.

Art. 97. — Pendant toute la durée d'une maladie transmissible, les objets à usage personnel ou domestique du malade et des personnes qui l'assistent, de même que tous objets contaminés ou souillés, seront désinfectés.

Art. 98. — Il est interdit, sans désinfection préalable, de jeter, secouer ou exposer aux fenêtres aucun linge, vêtement, objet de literie, tapis ou tentures, etc., ayant servi au malade ou provenant de locaux occupés par lui.

Art. 99. — Le nettoyage de la pièce et des objets qui la garnissent se fera exclusivement, pendant toute la durée de la maladie, à l'aide de linges, étoffes, tissus ou substances imprégnées de liquides antiseptiques.

Art. 100. — Il est interdit d'envoyer, sans désinfection préalable, aux lavoirs publics ou privés ou aux blanchisseries des linges et effets contaminés ou souillés.

Dans le cas où le lavage de ces objets y aurait été néanmoins pratiqué par erreur ou pour toute autre cause, le propriétaire du lavoir ou de la blanchisserie devra se conformer aux prescriptions de l'autorité sanitaire, ceci sans préjudice des mesures prévues par le Code du travail et la législation des établissements classés.

Il est interdit d'envoyer, sans désinfection préalable aux établissements industriels qui pratiquent le cardage ou l'opération dénommée épuration, des matelas, literie, couvertures, tapis, etc., ayant servi à des malades atteints de maladies transmissibles.

Il est interdit de mettre en contact à aucun moment des objets désinfectés et les objets à désinfecter.

Art. 101. — Les locaux occupés par le malade seront désinfectés aussitôt auprès son transport au dehors de son domicile, sa guérison ou son décès.

L'exécution de cette prescription pourra être constatée par un certificat délivré aux intéressés par l'autorité sanitaire sur leur demande. Ce certificat désignera les locaux désinfectés, sans mentionner ni le nom du malade, ni la nature de la maladie.

Art. 102. — La désinfection sera pratiquée soit par les services publics, soit par les particuliers, dans les conditions prescrites par l'article 7 de la loi du 15 février 1902.

Art. 103. — Les appareils de désinfection employés dans toute commune à la désinfection obligatoire sont soumis à une surveillance permanente exercée par le service départemental d'hygiène.

Art. 104. — Le malade ne devra effectuer sa première sortie qu'après avoir pris les précautions de propreté et de désinfection prescrites par l'autorité sanitaire.

Dans le cas où il sortirait d'un établissement hospitalier, pour quelque motif que ce soit, avant que tout danger de contamination

ait disparu, avis devra en être donné immédiatement dans les mêmes conditions que la déclaration de maladie, en précisant le lieu où le malade a déclaré se rendre.

Art. 105. — Les enfants ne pourront être réadmis à l'école, soit publique, soit privée, que sur certificat affirmatif du médecin traitant constatant que le risque de contagion a disparu et que toutes prescriptions réglementaires ont été prises au préalable.

Cadavres.

Art. 106. — Les cadavres des personnes mortes de maladies transmissibles seront isolés immédiatement et les dispositions nécessaires seront prises pour assurer la mise en bière et l'inhumation, en exécution du décret du 27 avril 1889.

Refuges et asiles.

Art. 107. — Dans les établissements publics ou privés recueillant, à titre temporaire ou permanent, des personnes sans asile, les vêtements et effets à usage de celles-ci seront aussitôt désinfectés ou tout au moins désinsectisés.

Le nettoyage du matériel et des locaux de ces établissements sera pratiqué chaque jour, pour toute la partie du matériel ayant servi aux réfugiés et des locaux qu'ils ont occupés.

Logements garnis.

Art. 108. — Tout local meublé totalement ou partiellement, destiné à la location, sera placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire, pour l'application, conjointement avec le maire, des dispositions de l'article 2 de la loi du 19 juillet 1924.

Il est interdit d'héberger des hôtes dans les locaux ne remplissant pas les conditions prescrites par le présent règlement sanitaire ou de leur louer ou sous-louer des locaux.

Il est également interdit de leur louer ou sous-louer des locaux ayant été occupés, même partiellement ou temporairement, par des personnes atteintes de maladies transmissibles, si ces locaux n'ont pas été désinfectés dans les conditions prévues au présent règlement.

La surveillance des services d'hygiène portera non seulement sur les locaux, mais aussi sur les objets mobiliers.

TITRE IX

PENALITES

Art. 109. — Les contraventions aux dispositions du présent règlement seront poursuivies, conformément à l'article 27 de la loi du

15 février 1902, et passibles des pénalités prévues, tant par cet article que par l'article 471 du Code pénal, sans préjudice de l'application des articles 28, 29 et 30 de la loi précitée, ainsi que des contraventions dites de grande voierie qui leur seraient applicables, et des sanctions prévues par les articles 7, 9 et 10 du décret-loi du 30 octobre 1935 sur la « protection des eaux potables et des établissements ostréicoles ».

TITRE X

DISPOSITIONS DIVERSES

ART. 110. — Il ne pourra être dérogé aux dispositions du présent règlement sanitaire que dans des cas exceptionnels et sur autorisation préfectorale, après avis conforme de l'autorité sanitaire. Dans le cas de dérogation, les intéressés devront prendre l'engagement écrit de se conformer aux prescriptions qui leur seront ordonnées. Toute contravention emportera déchéance complète de cette autorisation, sans préjudice des sanctions prévues par le décret-loi du 30 octobre 1935 et l'article 109 du présent règlement.

Les dispositions du présent règlement sont immédiatement exécutoires, à moins que le préfet n'ait, par arrêté spécial, fixé les dates d'application pour certaines dispositions spécialement désignées.

ART. 111. — Le secrétaire général, les sous-préfets, l'inspecteur départemental des services d'hygiène ou ses adjoints et les directeurs des bureaux municipaux d'hygiène, les maires, commissaires et agents de police, ainsi que la gendarmerie et la gendarmerie maritime, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

SECTION II

Les mesures tendant à lutter contre les maladies contagieuses.

Par ces mesures, nous entendons, avons-nous dit, la déclaration des maladies contagieuses, la désinfection, les vaccinations obligatoires, la protection des eaux potables et certaines mesures spéciales.

Comme dans les pages précédentes, nous examinerons chacune de ces questions suivant le but que nous nous sommes proposé, c'est-à-dire l'application effective des textes que le législateur, dans certains cas, a modifiée et complétée dans la recherche d'une plus grande effectivité.

§ 1er. — *La déclaration des maladies contagieuses.*

A. — Les faits.

Une circulaire du 5 juin 1903 a précisé de façon très complète ce qu'il fallait entendre par là et ce qui devait être fait pour obtenir des résultats. Si certains passages sont devenus inutiles du fait de la réglementation de 1935, il n'en reste pas moins qu'elle fixe encore les droits et obligations des médecins en regard de la législation (cf. *supra*, p. 23) sur la déclaration de certaines maladies, soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif : « Le principe de la déclaration obligatoire, dit la circulaire, se justifie de lui-même. Il a déjà été mis en lumière dans les débats préparatoires de la loi du 30 novembre 1892. » M. le professeur Cornil, rapporteur au Sénat, disait qu'il est « impossible d'organiser l'hygiène dans une ville si l'autorité n'est pas prévenue au début d'une épidémie de chaque fait de maladie épidémique qui se présente. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace. Comment, en effet, combattre l'extension des maladies transmissibles si on ne connaît pas leur existence ». M. Viseur, sénateur, disait d'ailleurs que la déclaration « dominait toute la police sanitaire : seule, elle permet de prendre en temps utile des mesures capables de combattre victorieusement les épidémies ».

Antérieurement, les docteurs devaient faire une double déclaration, mais, depuis les décrets-lois du 30 octobre 1935, les médecins (3) effectuent une seule déclaration, adressée à l'autorité sanitaire. Cette formalité s'effectue à l'aide de cartes-lettres délivrées gratuitement par la pré-

(3) Ou la sage-femme (cf. *supra*, p. 25) en cas de fièvre puerpérale.

fecture (arrêté du 10 février 1903, décret du 21 décembre 1936), comprenant deux feuillets : A et B. L'un (A) sert au médecin, l'autre (B) est remis par le praticien au principal occupant de la maison où se trouve le malade afin qu'il effectue également une déclaration (décret du 30 octobre 1935). Le plus souvent, d'ailleurs, le docteur remplit ce feuillet B et l'expédie après l'avoir fait signer par l'intéressé. Cette méthode atteste de l'inutilité de la double déclaration, bien que, dans le rapport au Président de la République, il est dit que la réforme a pour but de remédier à la négligence du médecin : « Grâce à cette nouvelle réglementation, tous les cas de maladie seront déclarés rapidement, et les mesures prophylactiques indispensables pourront être prises en temps voulu pour éviter la propagation de la maladie dans l'immeuble ou dans le quartier. » Mais, objectera-t-on, qui donc, sinon le médecin possesseur du feuillet B, indiquera au principal occupant son obligation? Il est évident que si le praticien ne se conforme pas à la loi, le chef de maison s'en désintéressera également.

Lorsque la maladie est diagnostiquée dans un établissement hospitalier, le directeur effectue lui-même les déclarations, mais il semble qu'un malade hospitalisé pour un cas déterminé figurant parmi ceux prévus par la loi devrait faire l'objet d'une déclaration de la part du médecin qui demande l'hospitalisation. Or, trop souvent, cela n'est pas fait, et le directeur de l'hôpital, ignorant cette négligence, n'effectue pas lui-même la déclaration, si bien que le cas reste inconnu. Ce malentendu ne devrait pas exister, puisque c'est au médecin ayant diagnostiqué la maladie à remplir cette formalité. Parfois il parviendra au service administratif une quadruple déclaration (médecin, chef de famille, hôpital); ce n'est là qu'un petit mal, si les services de réception contrôlent effectivement les cartes-

lettres. Celles-ci doivent, d'après la circulaire du 5 juin 1903, porter la mention de la maladie observée et les indications nécessaires pour rechercher la maison où elle s'est produite. Ce sont là deux conditions essentielles sans lesquelles la déclaration sera inefficace. Elle doit en outre être datée, mais la nature de la maladie peut être désignée par un simple numéro d'ordre, correspondant à celui de la nomenclature officielle. De même, le nom du médecin peut être remplacé par un numéro porté sur chacune des cartes-lettres, par exemple le numéro de l'enregistrement de son diplôme à la préfecture. « L'indication du nom et adresse du malade est nécessaire, parce que, dans la plupart des cas, il serait malaisé de trouver l'appartement contaminé si l'on ne connaissait pas le nom du malade. Enfin, le docteur est invité à mentionner sous le titre observations les mesures prophylactiques que les circonstances lui paraîtraient comporter. »

Non seulement cette recommandation est très souvent oubliée, mais il arrive que les indications les plus essentielles soient négligées, le nom et l'adresse du malade, par exemple, ce qui est une manière de tourner la loi et de montrer son mépris pour la législation.

Il est en effet très net que le Corps médical refuse la plupart du temps d'admettre le principe de la déclaration des maladies. Dès 1902, des protestations s'élevèrent de la part des médecins contre cette innovation.

En 1911, M. Humbert (4) écrivait : « La tribune de l'Académie de médecine, les congrès, la presse, retentissent de doléances. » Après quarante ans, la situation n'a guère changé, et nombreux sont ceux qui s'obstinent farouchement à ne pas déclarer les maladies contagieuses, dont les plus courantes : diphtérie, typhoïde, rougeole, scarla-

(4) Humbert, *Du rôle de l'Administration en matière de prophylaxie des maladies infectieuses*, thèse Paris, 1911, p. 156.

tine, bénéficient encore plus que les autres d'un oubli. Le médecin estime probablement que, dans un nombre assez important de cas, son omission passera inaperçue, ce qui pourrait ne pas être pour certaines affections, car la rumeur publique, apeurée par une maladie considérée comme redoutable (lèpre, variole, par exemple), en avertirait elle-même les services intéressés (cf. *infra*, p. 96). Cela arrive d'ailleurs assez fréquemment, mais il sera juste d'ajouter que parfois l'opinion devance à tort le diagnostic médical; il importe peu en pratique, et cette police privée a son utilité, puisque le médecin est porté à en tenir compte, alors qu'il ne serait guère décidé de lui-même à envoyer la déclaration. Cette manière de procéder pour les maladies à déclarations obligatoires fait que l'on ne peut guère s'étonner si les médecins méconnaissent presque totalement les maladies à déclaration simplement facultative. Les déclarations des cas de tuberculose, notamment, sont très inférieures à la réalité, et nous ne pouvons que regretter que le docteur ne s'impose pas lui-même l'obligation de la déclaration malgré la faculté que lui laisse la loi.

Dans le cas d'infection puerpérale *post partum*, les médecins ou les sages-femmes gardent également le silence, répugnant à faire une déclaration qui serait souvent l'aveu d'une faute professionnelle lors de l'accouchement.

Devant cet état de choses, une récente circulaire du 30 septembre 1940 a de nouveau rappelé aux médecins leur obligation, et les services départementaux, sous la pression du Ministère, n'ont pas manqué de s'adresser à leur tour au Corps médical (5).

---

(5) CIRCULAIRE DU 30 SEPTEMBRE 1940.

Déclaration des maladies contagieuses.

Il m'a été donné de constater que les dispositions législatives et réglementaires comportant l'obligation de déclarer les cas de maladies contagieuses étaient souvent perdues de vue. Les personnes soumises à cette

Nous signalerons que l'autorité chargée de recevoir les déclarations est représentée par le médecin inspecteur de la Santé (ou par le directeur du bureau d'hygiène si la ville possède un tel service); la loi de 1902 était sur ce point très incomplète puisqu'elle parlait seulement d'autorité publique, terme qui fut très diversement interprété lorsque le service de contrôle (cf. art. 19) ne fonctionnait pas dans le département.

Dans les cas où la déclaration est faite à un bureau d'hygiène, le directeur doit la transmettre dans les vingt-quatre heures à l'inspection départementale, mais cela ne se pratique guère : on effectue plutôt une déclaration pé-

---

obligation s'en affranchissent trop facilement ou ne s'en acquittent que dans des délais excessifs.

Et cependant, parmi les responsables, se trouvent au premier rang les médecins, qui ne sont pas sans connaître le rôle capital que jouent les déclarations dans la lutte contre les maladies contagieuses. Une déclaration omise ou faite tardivement empêche les autorités sanitaires d'intervenir ou rend trop tardive pour être efficace l'action prophylactique; ainsi, un seul cas peut donner naissance à un foyer épidémique déterminant des souffrances et des pertes de vies humaines qui eussent pu être évitées.

Tout médecin qui constate un cas de maladie contagieuse et qui ne le déclare pas immédiatement ne se rend pas seulement coupable d'une infraction à la loi, mais il encourt encore une lourde responsabilité, devant laquelle il doit être placé.

Je vous invite donc à rappeler, dans les termes les plus pressants, le Corps médical de votre département à l'exacte observation des lois et règlements qui imposent la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Ces prescriptions empruntent aux circonstances présentes une gravité exceptionnelle. Les conditions de vie actuelles, les restrictions alimentaires, l'inclémence de la saison qui vient, ne favorisent que trop la maladie et les épidémies. Il serait intolérable qu'à ces causes malheureusement inéluctables vinssent s'ajouter celles qui résulteraient de négligences ou d'omissions dans les déclarations obligatoires. Aussi ne devez-vous pas hésiter à user des moyens répressifs que vous donne la loi pour sanctionner les manquements à ce devoir impérieux. Indépendamment des sanctions de droit commun édictées à l'égard de tout contrevenant par l'article 4 du décret-loi du 30 octobre 1935, les médecins qui se soustraient à l'obligation de la déclaration sont passibles des peines prévues à l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892.

riodique (toutes les semaines, par exemple) des cas relevés au bureau pendant la période envisagée. Cette solution est regrettable, car le médecin départemental, informé tardivement, pourra arguer de ce retard si les mesures nécessaires n'ont pas été prises à temps.

Pour remédier à ceci, dans certains départements, les inspections départementales reçoivent directement les cartes-lettres et les transmettent ensuite au bureau d'hygiène pour l'exécution de la désinfection. En savoie, notamment, on agit de la sorte, à la satisfaction de tous.

B. — Les raisons de la non-déclaration.

Si nous laissons de côté les praticiens négligents qui n'ont aucune prévention contre la législation et qu'il est facile de convaincre ou de rappeler à l'ordre, on peut déclarer d'une façon générale, pour motiver leur refus d'obéissance à la loi de 1902, que les docteurs se retranchent derrière le secret professionnel et l'inactivité de l'Administration. En réalité, il existe une troisième cause, non la moins importante : nous voulons parler de l'opposition des malades et de leur famille, sur laquelle nous reviendrons (cf. *infra*, 3e partie).

Quant aux prétextes invoqués du secret professionnel, le docteur Josias, rapporteur à l'Académie de médecine, a dit : « C'est la loi qui impose au médecin le secret professionnel (art. 37 du Code pénal). Ce que la loi a fait, elle peut le défaire, et, quand les prescriptions législatives sont commandées par l'intérêt public, on est mal venu de refuser d'y obéir en se retranchant derrière la tradition, si ancienne et si respectable qu'elle soit. »

D'ailleurs, le secret professionnel, dans ce cas, est reporté sur les personnes qui reçoivent les déclarations et sous les mêmes peines que le médecin. Evidemment, subsiste la crainte que ces diverses personnes ne soient pas discrètes, au moins involontairement. En fait, il peut y

avoir quelques indiscrétions inévitables, mais elles restent rares et les employés des services préfectoraux s'inquiètent fort peu de la personnalité du malade et du diagnostic porté par le médecin.

Il faut bien considérer que les voisins ou les amis seront bien plus bavards que l'Administration : que de fois les services d'hygiène apprennent par la voie indirecte de lettres ou de plaintes verbales un ou plusieurs cas qu'ils ignoraient, mais que la rumeur publique colportait : témoin ce village forestier dont 14 habitants sur 17 étaient atteints de fièvre typhoïde, dont la découverte fut faite à la suite de conversations échangées entre les habitants d'un bourg voisin et un médecin fonctionnaire.

Parfois le médecin se prétend, sinon lié légalement, du moins en conscience, par le secret professionnel, et il craint de trahir la confiance de ses clients en déclarant les maladies qu'il soigne. C'est là un argument spécieux qui, de toute évidence, cherche à contourner la loi; cette conscience si étroite a aussi des vues très larges de ses devoirs, l'intérêt pouvant parfois, dit-on, remplacer cette même conscience. Non, le secret professionnel ne peut être mis en avant pour excuser la négligence du Corps médical, qui devrait se souvenir que la santé publique devrait être mise au premier rang avant tout intérêt particulier.

Les reproches adressés par le Corps médical à l'Administration, qui ne donnerait pas la suite voulue aux déclarations, sont mieux fondés, bien qu'ils n'absolvent pas les médecins de leurs propres fautes. En outre de la désinfection, dont nous traiterons dans un paragraphe suivant, les services administratifs doivent relever les foyers d'épidémies, faire des inspections et prendre toutes mesures utiles : évacuation d'immeubles, destructions d'îlots insalubres, enquêtes sur les conditions d'alimentation en eau, organisations de séances extraordinaires de vaccination (questions qui seront étudiées à l'occasion d'autres parties de la loi).

Les cartes-lettres expédiées par certains médecins sont trop souvent enregistrées sans porter d'attention à la déclaration elle-même, ni aux indications complémentaires qui peuvent y être portées.

Le relevé de ces déclarations étant transmis au Ministère de la Santé chaque décade et chaque mois, il n'est pas rare que l'Administration centrale découvre des foyers épidémiques importants ou des maladies graves passées inaperçues au stade départemental. Des explications sont alors demandées au préfet, ce qui occasionne des recherches de faits vieux de trois ou quatre mois.

Ainsi, à notre connaissance, un cas de variole authentiquement déclaré n'avait pas été remarqué par les services départementaux. On peut juger de l'étonnement produit par la dépêche ministérielle réclamant des précisions à ce sujet.

D'ailleurs, certaines maladies : typhus, variole, choléra, peste, fièvre jaune, poliomyélite, fièvre ondulante et typhoïde devraient faire l'objet d'une déclaration spéciale au Ministère (circulaire du 1er février 1941) et d'une enquête supplémentaire, enquête à laquelle est réservé le même sort, en général, qu'à la formalité des déclarations, et pour les mêmes raisons (6).

---

(6) Modèle de feuille épidémiologique pour enquête approfondie sur un cas de fièvre typhoïde.

Arrondissement de :
Commune de :
Canton de : *Population :*

FIEVRES TYPHOIDE ET PARATYPHOIDE

1° Nom et prénom du malade :
2° Sexe :
3° Age :
4° Situation ou profession :
5° Date de début de la maladie :
6° Fièvre : ((typhoïde à bacille d'Eberth) / (paratyphoïde A ou B)
7° Méthode de diagnostic employée (analyse bactériologique avec indi-

Nous indiquerons à ce sujet le fait suivant : une fièvre typhoïde est déclarée, la fiche de renseignement adressée au médecin, qui la retourne à l'inspection de la Santé, précisant comme cause probable de la maladie l'eau d'un puits ordinairement employée par le malade.

Le document est transmis au Ministère sans qu'aucune lecture approfondie n'en ait été faite : mais, trois mois après, l'Autorité centrale demanda si l'analyse avait été effectuée et le puits interdit, le cas échéant. Un certain émoi se manifesta dans le service préfectoral et l'analyse fut ordonnée immédiatement, le puits reconnu infecté de colibacilles et interdit à la population, mais trois mois s'étaient écoulés depuis que le médecin avait donné toutes les indications utiles pour éviter un foyer possible de maladie. En ce laps de temps, combien de personnes purent être atteintes... Le médecin vit s'accroître sa clientèle, mais ce n'est pas le but de la législation, qui fut discréditée dans l'esprit du praticien pourtant consciencieux.

Malgré ces circonstances atténuantes, les médecins n'en sont pas moins fautifs, seulement une impunité presque absolue leur est assurée. Le préfet hésite avant de déférer devant la justice un médecin négligent, et d'ailleurs les peines qu'ils encourent sont insignifiantes (1 à 5 francs d'amende).

---

cation du laboratoire). S'il s'agit de séro-diagnostic, *taux de l'agglutination.*

8° Evolution de la maladie :

9° Origine (constatée ou probable de la maladie) :

10° Le malade avait-il été antérieurement vacciné contre la fièvre typhoïde ?

Par quelle méthode :

A quelle date :

11° Mesures prophylactiques prises (hospitalisation ou isolement) :

— Désinfection :

— Vaccination de l'entourage :

Recherche des porteurs de germes :

S'il s'agit d'une infection d'origine hydrique, préciser les mesures de protection ou de correction des eaux reconnues polluées.

D'une façon générale, préciser les mesures prises pour supprimer les causes de contamination.

Une sanction administrative consisterait à refuser aux praticiens coupables toutes sortes de nominations officielles, mais l'Administration semble répugner à employer ce procédé.

Une solution pour le moins originale serait de rétribuer les médecins pour les encourager à faire les déclarations. L'arrêté du préfet de la Haute-Garonne en date du 27 juin 1932 prévoit, en effet, que les « déclarations seront rétribuées : *a*) pour toutes les maladies à déclarations obligatoires, exception faite de la rougeole; *b*) et seulement pour la tuberculose, en ce qui concerne les maladies à déclaration facultative. La rétribution est fixée à 6 francs par déclaration ».

Dans certains départements, on menace les docteurs de poursuites judiciaires (sans beaucoup de résultat, d'ailleurs), mais, à Toulouse, on leur promet une rémunération s'ils se soumettent à la loi; voilà qui n'avait pas encore été envisagé, et il est pour le moins lamentable que le Corps médical soit réticent au point qu'il faille lui accorder une ristourne chaque fois qu'il ne se met pas en contravention avec la loi. Si le principe était étendu à tous les ordres d'idées, l'on pourrait, par exemple, exonérer d'impôt les personnes honnêtes qui ne commettent aucun délit dans un certain temps. Certes, nous ne blâmerons pas l'Administration qui a pris l'initiative de ce paiement, puisque, en fait, il a pour but l'application d'une loi sur la santé publique. C'est le Corps médical qui est abaissé par une telle mesure, dont il a cependant, croyons-nous, apprécié l'avantage pécuniaire.

On ne sait plus s'il faut vraiment parler du sacerdoce médical.

On comprendra donc que les statistiques sanitaires soient étrangement fausses, et cela non seulement par l'omission des déclarations, mais encore parce qu'il est impossible de supposer des erreurs semblables pour tous

les départements, car, suivant le Corps médical et l'esprit de la population, les cartes-lettres sont plus ou moins régulièrement expédiées à l'autorité sanitaire.

Nous terminerons ce paragraphe en rappelant que les décès de maladies contagieuses doivent être déclarés de la même manière que ces dernières. En fait, cela n'est pas appliqué correctement; les médecins estiment avoir rempli leur obligation lorsqu'ils ont déclaré la maladie en évolution (parfois la maladie et le décès figurent sur la même carte-lettre).

Les inspecteurs de la Santé, d'ailleurs, laissent faire, car ils puisent les renseignements nécessaires dans la statistique de l'état civil, dont ils ont également la charge. Cette façon de procéder avait été condamnée en 1935, le rapport au Président de la République indiquant « que jusqu'à présent (30 octobre 1935) le fonctionnement, au point de vue sanitaire, de la statistique des décès reposait sur la déclaration faite à l'état civil au moment du décès; d'où, bien souvent, la cause exacte était inconnue et les statistiques s'en trouvaient faussées ».

Une circulaire du 7 janvier 1937 précisait que les déclarations de décès doivent se faire à l'aide des cartes-lettres. Par contre, une circulaire du 15 décembre 1937 prévoit une procédure différente, mais il est manifeste que cela se rapporte à la statistique de l'état civil, et non à la statistique sanitaire.

Il est probable qu'une confusion s'est faite sur le plan pratique, ce qui explique la façon actuelle de procéder, qui n'est pas sans inconvénient, car les médecins déclarent assez facilement à l'état civil des causes de décès fantaisistes, et, dans certains cas, ce sont les secrétaires de mairie eux-mêmes qui remplissent les bulletins statistiques suivant les renseignements — parfois erronés — qu'ils recueillent officieusement.

§ 2. — *La désinfection.*

A. — Sa valeur pour la lutte contre les maladies contagieuses.

Le 19 juillet 1906, le *Journal officiel* publiait le texte d'un décret sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection prévues par la loi du 15 décembre 1902. « L'œuvre législative se trouve enfin close », déclarait le ministre dans une circulaire du 28 juillet 1906. Il ajoutait que nulle tâche n'avait une importance sociale plus haute, car « soigner et secourir les malades est bien, mais prévenir les maladies est mieux ».

Les malades devront se pénétrer de cette idée et supporter toutes mesures destinées à détruire les germes pathogènes dont ils sont porteurs. Il y aurait « un véritable crime social à ne pas prendre les simples précautions d'isolement et de désinfection que la science assigne et qui permettent de circonscrire l'œuvre de mort » (7). « Le mot désinfection a un sens précis et complet, il ne s'agit point, pour commencer la désinfection, d'attendre la mort ou la guérison du malade : à tarder ainsi, on risquerait le plus souvent de faire œuvre vaine; sans doute, ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra effectuer la désinfection totale des locaux occupés par lui, mais nul n'ignore et n'a plus le droit d'ignorer aujourd'hui que, pour être efficace, la lutte contre les germes pathogènes doit être entreprise dès le début et pendant tout le cours de la maladie. Un typhique, un varioleux, un scarlatineux peut, avant de guérir ou de mourir, contaminer un grand nombre de personnes, à l'égard desquelles les pouvoirs publics assument de ce

(7) Cf. circulaire du 28 juillet 1906.

fait la plus redoutable des responsabilités. C'est donc (sur ce point le décret est aussi net qu'impérieux) pendant tout le cours de la maladie que la désinfection doit être assurée. »

Mais il est bien entendu que les intéressés restent libres de choisir l'entrepreneur de désinfection qui leur plaira, sous le contrôle du service public, averti au préalable.

Il s'agira donc, par des méthodes appropriées, de détruire, soit en cours de maladie, soit après, les germes pathogènes capables de contaminer d'autres personnes. La désinfection en cours est toujours obligatoire; au contraire, la désinfection terminale n'est pas préconisée dans certains cas.

B. — Le fonctionnement administratif.

Le fonctionnement du service de désinfection au point de vue administratif a été précisé par le règlement du 10 juillet 1906 (cf. *supra*, p. 26). Chaque département possède un service de désinfection, qui longtemps fonctionna sans aucune direction, les services de contrôle n'existant que dans quelques régions. Un membre du conseil d'hygiène devait, en pratique, remplir les fonctions de directeur, mais, en fait, les chefs de poste étaient les maîtres du service. Depuis la création des services d'inspection obligatoire prévus par les décrets du 30 octobre 1935, les services de désinfection leur sont rattachés.

Dans les villes munies d'un bureau d'hygiène et dans quelques autres localités, fonctionne, sous la direction du maire, un service autonome de désinfection, agissant dans un rayon limité avec un personnel spécialisé relativement important.

Dans les départements, on peut envisager le fonctionnement du service de désinfection sous un double aspect : au point de vue de la répartition des postes sur le terri-

toire départemental, d'une part, et, d'autre part, au point de vue du recrutement du personnel.

Le décret de 1906 exige bien un poste par circonscription sanitaire avec un chef de poste, et des agents spécialisés, mais ceci est loin d'être réalisé.

I. — La plus haute fantaisie a présidé au découpage des départements pour la répartition des postes de désinfection. Entre la formule un poste par département et la méthode qui consiste à placer un agent de désinfection par canton, trouvent place nombre de solutions. Ni le nombre d'habitants, ni l'étendue de la circonscription, n'entrent en ligne de compte pour la répartition des agents. Si, grâce aux moyens de locomotion modernes, les distances sont diminuées (un motocycliste peut toujours se rendre chez le malade en moins de six heures, temps légal), il faut bien reconnaître que, dans le cas où un seul agent est chargé d'un département, il perd beaucoup de temps à circuler. Bien entendu, le personnel percevant une indemnité kilométrique est ravi de cette solution, surtout lorsque vient la belle saison : alors une tournée de désinfection n'est pas loin de ressembler à une randonnée touristique, dont nul ne contrôle exactement l'itinéraire et l'emploi du temps.

Dans d'autres cas, on a placé un chef de poste sur divers points du département suivant le nombre de personnes à pourvoir d'une place ou pour complaire à quelques électeurs ? Certes, il est beaucoup plus logique de considérer la division cantonale pour la répartition des postes. Solution envisagée dans certains cas (notamment en Savoie).

En Gironde, il existe un chef de poste à la préfecture avec deux agents sur place, un troisième ayant été détaché à la sous-préfecture de Libourne, son activité s'étend à tout l'arrondissement. Si la loi était respectée, on devrait compter cinq postes au moins, correspondant aux cinq cir-

conscriptions sanitaires. L'importance du département justifierait, d'ailleurs, d'une vaste organisation. Nous noterons que trois communes dans ce même département possèdent un bureau municipal d'hygiène avec un service autonome de désinfection : Bordeaux, Bègles, Arcachon.

En Meurthe-et-Moselle, fonctionnent trois postes (Longwy, Jarny, Nancy), ce dernier pour les arrondissements de Nancy et de Lunéville, avec trois agents; Nancy et Lunéville possèdent, en outre, un service autonome.

A Perpignan (Pyrénées-Orientales), un seul agent est établi à la préfecture et rayonne sur la totalité du département, sauf Perpignan, qui possède un service autonome.

II. — Lorsqu'il s'est agi du recrutement du personnel, la fantaisie n'a plus connu de bornes. Quelques préfectures ont admis le principe que l'agent devait être recruté après un concours où les questions d'hygiène auraient la première place (Gironde, Pyrénées-Orientales, par exemple), mais, en fait, il existe deux systèmes principaux de recrutement : soit que l'on constitue un cadre permanent d'agents spécialisés (mais non spécialistes), soit que l'on confie les fonctions d'agent de la désinfection à des personnes ressortissant d'une autre administration; cette façon de procéder est la plus fréquente.

En ce cas, les employés des ponts et chaussées (c'est-à-dire les cantonniers) sont chargés des désinfections dans un certain secteur (en général, un canton); leur nombre est important, étant donné le choix qui préside à leur recrutement, mais en vérité c'est une mascarade sans nom. Si un personnel permanent ne donne souvent pas satisfaction, nous ne réalisons pas bien les résultats obtenus avec l'aide des agents vicinaux dans le domaine de la protection de la santé publique, dont on ne peut nier qu'ils méconnaissent les principes les plus élémentaires. Le docteur Lamy, alors inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-et-

Marne, écrivait en 1937 : « Les cantonniers sont-ils bien indiqués pour venir donner des conseils de prophylaxie dans les familles ? Ont-ils reçu l'instruction spécialisée pour pouvoir répondre aux questions qui peuvent leur être posées au cours de leurs visites ? Auraient-ils, enfin, l'autorité nécessaire pour imposer les prescriptions dans certains cas particuliers et pourraient-ils faire preuve d'initiative ? Il faut bien convenir que non. » (8).

Si le département possède un personnel permanent, il est composé soit de garçons de bureau, soit de retraités ou même d'employés jugés inaptes dans les autres services, soit d'agents recrutés au hasard des besoins. Peu importent les connaissances techniques des candidats ! Les recrues sont baptisées agents de désinfection. Leur initiation dure quelques jours, car il n'est guère difficile de procéder à une désinfection terminale, et l'on passe sous silence une éducation sanitaire, estimée inutile. Dans certaine sous-préfecture divisée en trois secteurs, le benjamin des agents avait 70 ans, alors que le doyen n'était pas loin d'en posséder 82. Un autre avait été nommé pour pouvoir le faire figurer sans difficultés sur le budget du département, sans se préoccuper des fonctions qu'il exerçait effectivement.

Trop rares sont les départmeents ayant un service aussi parfaitement organisé que celui de la Seine-et-Marne. Depuis le 1er janvier 1929, non seulement il existe dans ce département un poste par circonscription sanitaire, mais, fait entièrement nouveau, les chefs de poste sont uniquement choisis parmi les infirmières visiteuses munies de leur diplôme d'Etat et spécialement éduquées, auxquelles il est accordé suffisamment d'initiative pour qu'elles puissent, lorsqu'elles le jugent utile, « prendre toutes mesures

(8) Dr Lamy, *La désinfection terminale dans la lutte contre les maladies contagieuses*, 1936.

d'assistance prophylactique vis-à-vis d'un malade constituant un danger de contagion » (9).

Dans la Haute-Garonne, une organisation semblable fonctionne, mais les assistantes sociales ou infirmières visiteuses ne sont que les aides de deux chefs de poste ayant leur chef-lieu de circonscription à Toulouse et à Saint-Gaudens. Les agents de désinfection sont recrutés d'après les conditions assurant toutes garanties techniques et morales (stage préalable, âge limite entre 25 et 45 ans), défense de se consacrer simultanément à une autre activité). Le fait d'avoir recours aux assistantes sociales et aux infirmières visiteuses est un réel progrès sur ce qui est pratiqué la plupart du temps. En effet, qui peut être mieux qualifié que ces personnes pour assurer la prophylaxie des maladies contagieuses ?

III. — Les agents du service de désinfection sont rétribués différemment suivant qu'ils sont exclusivement chargés des fonctions d'agents de désinfection ou bien qu'ils exercent en même temps une activité secondaire.

En Gironde, les employés sont spécialisés dans ce travail et perçoivent un traitement mensuel assimilé par le taux à celui de garçon de bureau de préfecture (le chef de poste étant assimilé à une dactylographe). Ils ont droit à un remboursement de leurs frais de route lorsqu'ils empruntent le réseau d'une société de transport. S'ils se déplacent en motocyclette, chaque kilomètre parcouru leur donne droit à 0 fr. 90.

Dans les cas où le service fonctionne avec l'aide d'agents des ponts et chaussées ou de retraités, ces personnes reçoivent, en général, une indemnité fixe par désinfection effectuée en sus du remboursement des frais de transport. Le

---

(9) Dr Lamy, *La désinfection terminale dans la lutte contre les maladies contagieuses*, 1936.

contrôle des désinfections que prétend avoir pratiquées l'agent est fait à l'aide d'une feuille de route signée par le chef de poste ou le médecin inspcteur et visée ensuite par chacun des intéressés (malade ou principal occupant).

C. — Fonctionnement technique.

Une autre question va maintenant se poser : quelle est la technique employée ordinairement ? Les textes législatifs demandent qu'il soit procédé à une désinfection en cours, c'est--dire que, durant la maladie, toutes les mesures prophylactiques soient prises pour éviter la propagation des germes pathogènes. Dans certains cas, il sera procédé à la désinfection terminale. Elle a lieu, en général, par l'émission de vapeurs désinfectantes dans la pièce où a séjourné le malade et, lorsqu'il est possible, par le séjour des objets contaminés dans une étuve. Les appareils employés doivent avoir été autorisés par l'Administration centrale.

Des instructions sur la désinfection et les procédés de désinfection ont été envoyées aux préfets en février 1907.

Or, d'après de nombreuses personnalités médicales, la désinfection terminale serait parfaitement inutile; seules, les mesures prises en cours de maladie auraient un intérêt. Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, qui est du ressort de la faculté de médecine, mais, en accord avec la plupart des hygiénistes, nous admettrons la valeur de la seule désinfection dite en cours, les mesures terminales nous apparaissant non comme les plus efficaces, mais comme les plus capables de satisfaire une opinion publique ignorante. Les textes officiels sont très nets, et les progrès de la science n'ont pu que les confirmer. C'est ainsi que dès la déclaration d'une maladie contagieuse, l'agent de désinfection devrait se rendre au domicile du malade,

remettre au principal occupant une note indiquant les mesures prophylactiques nécessaires, donner tous conseils utiles. Si l'entourage du malade déclare pouvoir effectuer ces opérations, un engagement est signé. L'agent doit vérifier l'exécution des mesures préconisées.

En fin de maladie, guérison ou décès, doit avoir lieu la désinfection terminale en surface par fumigation et à l'aide d'une étuve (si le service en possède une), toute latitude étant encore laissée à l'intéressé pour effectuer lui-même le travail.

L'on comprendra sans difficulté que la manière dont sont généralement organisés les services de désinfection ne permette pas de procéder aux désinfections en cours, cependant les plus utiles. Il faudrait disposer d'un personnel nombreux, réparti sur tout le département, ayant une instruction sanitaire, ce qui est loin d'être réellement. D'une façon presque générale, il n'est procédé qu'à la désinfection terminale, c'est-à-dire à l'accomplissement d'un rite inoffensif n'exigeant qu'un personnel restreint de manœuvres, puisque l'on se borne à obturer tous les orifices d'une pièce et à y placer un produit que l'on enflamme, la chambre étant ensuite fermée durant six heures. Auparavant, pour compléter la scène, tout ce que l'on avait pu trouver d'objets prétendus contaminés avait été entassé pour bénéficier de la purification officielle. Si, par hasard, le service possède une étuve mobile, elle sert à désinfecter mille sortes d'objets dont la famille n'ose plus se servir parce que le malade en a usé. Il faut bien profiter de ce nettoyage gratuit, qui n'a pas souvent l'occasion de se renouveler. Cette désinfection terminale est d'ailleurs presque toujours effectuée (10) non point par conviction (le médecin étant en général convaincu

(10) Les circonstances dues à l'état de guerre ont pu depuis quelque temps ralentir l'activité des services de désinfection.

de son inutilité), mais bien parce que le public la réclame impérieusement.

Ce public, méprisant les règles d'hygiène les plus élémentaires, vivant parfois dans un taudis sans nom; ne prenant aucune précaution pour les soins à donner aux malades, exige la désinfection terminale, qui n'empêchera nullement de se développer les germes émis durant la maladie et dont personne ne s'est guère préoccupé. Il serait autrement efficace de pratiquer la désinfection en cours et de profiter des visites faites aux malades pour les éduquer ainsi que leur famille. La promiscuité et la saleté sont les véritables causes de la contagion.

Lorsque la maladie est terminée, peu importe la désinfection à la vapeur d'une pièce : les germes pathogènes ont eu le temps de contaminer d'autres personnes. La lutte contre les maladies infectieuses ne sera vraiment efficace que lorsque l'Administration et les familles auront compris la valeur de l'hygiène autour du malade. Les médecins n'ont guère le temps de surveiller comment sont donnés les soins qu'ils prescrivent, et trop souvent leurs conseils ne sont pas suivis sinon par mauvaise volonté, du moins par ignorance. Le remède serait de faire hospitaliser les personnes contagieuses lorsqu'il paraîtrait que son entourage ne peut les soigner convenablement. L'article 6 du décret du 4 octobre 1939 (cf. *supra, Mesures exceptionnelles pour le temps de guerre*) en donne d'ailleurs aux médecins d'hygiène le droit, s'il est nécessaire; mais nous nous trouvons là devant une impossibilité morale, car les familles s'opposent de toutes leurs forces à cette mesure (11). On continue donc, par routine et par crainte de réclamation du public, les tournées de désinfection terminale.

---

(11) Cf. *infra*, 3e partie.

Dans ce domaine, quelques départements nous donnent encore d'utiles leçons.

En Seine-et-Marne, notamment, la désinfection terminale est abandonnée (12) et « les appareils de désinfection jusque-là utilisés (1er janvier 1929) laissés en compte dans un dépôt des ponts et chaussées ». Quoi qu'en ait pu dire la population (menaçante parfois), les chefs de poste infirmières visiteuses (cf. *supra*) se rendent auprès des malades dès le début de la maladie et prennent toutes les mesures prophylactiques que l'entourage du malade ignore, surtout dans certains milieux plus arriérés.

Même après la guérison, le convalescent est surveillé, car il est devenu un porteur de germes pouvant contaminer involontairement d'autres personnes. (Cette disposition se retrouve dans le règlement de désinfection de la Haute-Garonne.)

Non seulement cette façon de procéder est conforme aux données de la science médicale, mais encore rentre tant dans l'esprit que dans le texte de la loi, qui envisage surtout la protection des individus contre les maladies contagieuses.

D. — La déclaration des maladies et la désinfection.

Nous retrouvons dans l'organisation et le fonctionnement du service de désinfection une des causes de la non-déclaration des maladies contagieuses : les médecins, persuadés souvent de l'inutilité de la désinfection terminale, convaincus que la désinfection en cours ne sera pas effectuée ou surveillée par le service public, ne saisissent pas l'intérêt qu'il y aurait à déclarer les maladies dans le seul but d'une statistique. Si cette opinion est critiquable en elle-même, il est aussi vrai que le service public devrait, le premier, se conformer à la loi.

---

(12) Cf. Lamy, *op. cit.*

Dans une section consacrée à l'organisation financière des services de la Santé publique, nous verrons que l'organisation de la désinfection doit être, en principe, sinon une source de revenus, du moins à la base d'une contribution de ses usagers aux dépenses sanitaires (13).

§ 3. — *Les vaccinations obligatoires.*

Depuis que Jenner découvrit par hasard le moyen de se préserver de la variole, la science a fait d'immenses progrès, et nous possédons actuellement quantités de vaccins qui, inoculés à un individu, le rendent en général réfractaire à certaines maladies. Outre le vaccin jennérien, le Corps médical possède des préventifs contre la diphtérie, le tétanos, la typhoïde, pour ne citer que les maladies les plus courantes. C'est un point important pour la santé publique que de posséder ainsi des moyens de se protéger contre des maladies redoutables. Dès la fin du XIX^e^ siècle, la pratique de la vaccination antivariolique était recommandée tant pour son efficacité que pour son innocuité. Lors de la rédaction de la loi de 1902, le législateur, s'appuyant sur les données scientifiques et les résultats obtenus tant à l'étranger que parmi les hommes incorporés dans l'armée, rendit obligatoire pour tous les habitants, jusqu'à 21 ans, la vaccination antivariolique. On ne peut blâmer le législateur d'avoir agi ainsi, puisque la variole a maintenant presque totalement disparu de notre pays.

Depuis une vingtaine d'années, ont été découverts les vaccins antidiphtérique (anatoxine du docteur Ramon), antityphoïdique et antitétanique. Les ravages causés par ces trois maladies, diphtérie, typhoïde et tétanos émurent les hommes au pouvoir et, malgré une vive opposition, les vaccinations antitétanique-antidiphtérique ont été reu-

(13) Cf. *infra*, 2^e^ partie, chap. III.

dues obligatoires en 1938-1940 pour tous les enfants de moins de 14 ans. L'opposition est venue de ce que l'anatoxine n'avait pas une efficacité certaine et complète et du fait que son injection est complexe (trois injections en six semaines), en même temps que tant soit peu délicate pour certains sujets.

Les mêmes raisons, avec une aggravation certaine dans le sens des suites de l'injection, ont empêché que la vaccination antityphoïdique soit rendue obligatoire pour tous, bien que son efficacité semble plus grande que dans le cas de la vaccination antidiphtérique.

Quant à la vaccination antitétanique, il y est procédé en même temps que la vaccination antidiphtérique (loi du 24 novembre 1940). Ces mesures étant très récentes, il est difficile de se rendre compte exactement de leur valeur. Tant qu'elles n'auront pas été généralisées, les vaccinés risqueront de constituer une sorte d'agents de contamination pour les non-vaccinés, d'où il pourra résulter une recrudescence des cas de la maladie à combattre.

Le fait de rendre obligatoires certaines vaccinations a entraîné pour les organismes compétents la mise sur pied de services chargés de l'exécution des nouvelles mesures dans des séances publiques et gratuites, dont peuvent bénéficier tous les assujettis, quel que soit leur rang social. L'organisation des services de vaccination a donc pris un essor nouveau en 1938-1940, mais alors que la vaccination antivariolique était déjà organisée et fonctionnait à peu près normalement, propulsée par une habitude vieille de quarante ans, il fallut constituer le point de départ de nouvelles méthodes, et la question ne manque pas d'ampleur.

A. — L'organisation administrative.

Les décrets des 27 juillet 1903 et 20 août 1941 ont tracé le schéma de ce que devait être l'organisation des services

administratifs de la vaccination. Le premier décret étant surtout consacré à la vaccination antivariolique, le second à la vaccination mixte antidiphtérique-antitétanique, bien que certaines dispositions « nouvelles doivent être appliquées à la vaccination antivariolique » (14).

Cette organisation présente un caractère essentiellement départemental, puisqu'il appartient aux préfets (décret du 27 juillet 1903) et aux médecins inspecteurs départementaux de la Santé (décret du 20 août 1941) d'en assurer le fonctionnement. Cependant, à cette organisation doivent collaborer tout d'abord les maires, qui restent les principaux agents d'exécution, les médecins et, enfin, les parents. Quelles sont les obligations respectives de ces différents organismes ou personnes ? Comment chacun les a-t-il mises en application ? Voilà autant de questions que nous nous proposons d'envisager pour en retirer ce qui fait l'objet de notre étude : l'application effective des textes législatifs ou réglementaires.

1° *Les services préfectoraux.*

Après la promulgation du décret du 27 juillet 1903, les conseils généraux ont délibéré sur la création des services départementaux de la vaccination, mais leurs décisions ne furent pas rapidement prises. En Gironde, c'est seulement le 6 mai 1908 que l'assemblée départementale fit connaître sa décision, que sanctionna un arrêté préfectoral du 15 mai 1908. Cependant, en 1938, lorsque fut rendue obligatoire la vaccination antidiphtérique, les services préfectoraux étaient depuis longtemps organisés dans tous les départements, mais sans aucune uniformité dans leurs attributions ou leurs façons d'agir. Les uns se déchargent d'une partie du travail sur les municipalités, d'autres, au contraire, essaient d'éloigner le maire de ces opérations.

---

(14) Cf. *infra* alinéa relatif au fichier des vaccinations. Cf. également circulaires des 10 novembre 1941 et 7 août 1903.

Le plus souvent, les préfectures ont pour activité la nomination des médecins, la fourniture du vaccin, le contrôle des listes des médecins vaccinateurs et la tenue de la commission départementale de la vaccine, lorsque cet organisme existe (art. 12 du décret du 28 mars 1904).

Parfois, à ces occupations les services départementaux ajoutent les expéditions de convocations aux assujettis, la constitution des procès-verbaux d'après les listes fournies par les maires, et fixent même la date et le lieu des séances.

a) Les médecins vaccinateurs sont nommés de diverses façons, mais, le plus souvent, le département est découpé en circonscriptions vaccinales par le conseil général. A vrai dire, il n'y a aucune règle précise, si bien que très souvent les services préfectoraux ont eu à délimiter les circonscriptions avant de procéder à la nomination des médecins : par exemple, l'article 1er de l'arrêté préfectoral du 14 mai 1908, du département de la Gironde, réglementant le service des vaccinations, indique qu'il sera créé dans chaque arrondissement des circonscriptions vaccinales comprenant un certain nombre de communes limitrophes.

Parfois le canton sera le cadre de la circonscription, dans d'autres cas, des communes ont été assemblées de façon arbitraire ou bien en tenant compte du nombre d'habitants, mais aussi d'un médecin ou d'un maire à satisfaire.

Quant à la nomination des médecins vaccinateurs, le choix des solutions ne manque pas, et l'Administration y a puisé abondamment : médecins fonctionnaires, médecins chargés officieusement de toutes les relations avec l'Administration (médecins légistes, inspecteurs des écoles, de consultations de nourrissons), médecins plus particulièrement en vue auprès du corps électoral, partisan d'une certaine politique. Ces nominations sont généralement faites à vie, la charge ne cessant qu'à la mort de son pos-

sesseur, à moins qu'il ne démissionne. Or, il est rare que cette solution intervienne, car ce serait avouer une inaptitude physique ou un âge avancé, et la perte d'une charge officielle est toujours désagréable. De son côté, l'Administration répugne à mettre en disponibilité un praticien; il est donc fréquent que les médecins vaccinateurs constituent une assemblée dont les membres ont tous atteint, à quelques exceptions près, un âge respectable tout indiqué pour la retraite. Il eût été mieux de fixer un âge limite et de remplacer ceux qui ne se conformeraient pas aux instructions administratives, bien qu'il eût été difficile de donner un critérium certain pour le recrutement. En Gironde particulièrement, la question a été résolue de façon originale, lors de l'organisation des services de la vaccination antidiphtérique : un arrêté préfectoral du 28 juillet 1942 indique : « Le médecin (art. 7) sera choisi parmi ceux dont la résidence est la plus proche. Au cas où plusieurs médecins répondraient à ces conditions, le ou les médecins seront désignés à tour de rôle chaque année et pour l'année tout entière, en commençant par celui installé le plus récemment. » Le choix est donc devenu facile pour le service, et les docteurs trop âgés sont, en général, éliminés de ces fonctions. Le seul inconvénient est que le médecin le plus récemment installé soit justement une personne âgée ou bien que celui dont la résidence est la plus proche ne devrait pas, en pratique, faire l'objet d'une nomination. Il faut aussi compter sur des défaillances, car cette nomination d'office peut être refusée par le docteur, mais cela vaut assurément beaucoup mieux qu'une compétition serrée pour obtenir une circonscription.

Ce règlement du 28 juillet 1942 du préfet de la Gironde prévoit également que plusieurs praticiens pourront être désignés pour la même année, si la circonscription comprend un grand nombre d'enfants. Ce système a fonctionné de façon satisfaisante en 1942-1943; le premier renouvel-

lement (début 1944) n'a donné lieu à aucune réclamation bien sérieuse.

En Savoie, les médecins vaccinateurs sont choisis parmi ceux qui occupent déjà des fonctions officielles. Si l'Administration y trouve un avantage, en ce sens qu'elle a sous ses ordres un nombre restreint de médecins, cette façon de faire peut créer certains malaises dans le Corps médical, dont une grosse partie se trouve évincée de charges officielles, puisque quelques-uns seulement les accaparent toutes.

b) Le contrôle des listes appartient à l'inspection de la Santé, mais, en réalité, il n'est fait que rarement et seulement sur quelques listes témoins : il est d'ailleurs matériellement impossible d'effectuer un contrôle sérieux, puisque les maires dressent ces pièces la plupart du temps au moment des séances, de façon à faire ressortir un accord presque parfait entre le nombre des assujettis et le nombre des présences.

Pour que l'autorité sanitaire puisse contrôler véritablement les listes, il faudrait que les maires les dressent quelque temps avant les séances et les fassent parvenir au service départemental, qui pourrait alors, à l'aide des statistiques démographiques, rechercher si les oublis ne sont pas flagrants, surtout dans le cas d'enfants de moins de 1 an (depuis qu'existe le système de rationnement, les cartes d'alimentation peuvent être un moyen excellent de contrôle, auquel on ne recourt cependant pas).

c) Le paiement des honoraires aux médecins vaccinateurs se fait sur présentation de mémoires administratifs visés par le médecin et les maires de chaque circonscription. Les tarifs varient suivant les départements : en Gironde, pour la vaccination antivariolique, les docteurs reçoivent 50 francs par séance vaccinale, quel que soit le nombre des présents. Dans d'autres départements, et en Savoie notamment, la rétribution est fixée par enfant (envi-

ron 2 fr. 50). Cette solution paraît plus logique et plus avantageuse pour le médecin.

Dans le cas de vaccination antidiphtérique, le système de la rétribution par enfant est presque unanimement adopté; elle oscille entre 15 et 20 francs par sujet vacciné. Les frais de déplacement sont également remboursés suivant un barème, qui, la plupart du temps, est celui de l'assistance médicale gratuite.

Le décret du 21 août 1941 prévoit, en outre, que les auxiliaires techniques appelés à aider les praticiens seront payés suivant un taux déterminé en considération des diplômes et de la spécialité de l'auxiliaire (fonctionnaire, assistante sociale, infirmière, diplômée, etc.).

Dans quelques départements, sur le montant des vacations ainsi perçues, les docteurs doivent prélever le prix des produits nécessaires, non pas à la vaccination elle-même, le vaccin étant toujours gratuit, mais aux examens préalables à cette vaccination (ceci concerne la seule vaccination antidiphtérique-antitétanique associée). Cette disposition n'est pas sans chagriner les vaccinateurs, qui estiment alors leur rétribution insuffisante. Nous pensons qu'il serait logique de généraliser la pratique qui consiste à fournir gratuitement les produits chimiques et l'outillage nécessaires, dont les frais d'acquisition peuvent être assez importants.

d) Enfin, l'inspecteur départemental de la Santé reçoit les rapports des médecins vaccinateurs et les soumet ensuite à la commission chargée du contrôle de la vaccination, qui se compose légalement de trois membres présidés par le secrétaire général de la préfecture, deux médecins et un vétérinaire. Cette commission se réunit, en général, tous les ans pour examiner les rapports médicaux, résumés par une communication de l'inspecteur de la Santé, chef du service de la vaccination. Il est bien

entendu que ce comité ne présentera, en pratique, aucune objection. Peut-être un des membres posera-t-il une question hésitante, mais rien ne sera véritablement changé; un procès-verbal de la séance est dressé et envoyé avec tous les documents nécessaires au Ministère de la Santé, qui les soumet à son tour à l'Académie de médecine, et, si cette Assemblée formule quelques desiderata, les préfectures en sont averties. Mais un an environ peut s'être écoulé depuis la réunion de la commission départementale, ce qui enlève en fait toute utilité à ces contrôles.

2° *La tâche des magistrats municipaux dans l'organisation du service de vaccination.*

Le maire est encore en cette matière un agent d'exécution, et là, comme pour tout ce qui regarde la santé publique, les services municipaux sont au-dessous de leur tâche. L'administration sanitaire départementale, déjà défaillante par plus d'un point, attend beaucoup trop des maires : c'est une tendance générale en France de se reposer ainsi sur les municipalités, qui, débordées de travail, négligent d'abord ce que l'opinion a toujours considéré comme inutile : la santé publique.

a) *La tenue du fichier des vaccinations et la confection des listes vaccinales.* — Le décret du 20 août 1941 fixe les modalités de la constitution dans chaque commune d'un fichier des vaccinations, fichier qui comprendra pour chaque enfant résidant dans la localité une fiche portant l'identité exacte, la nomenclature des vaccinations dont l'intéressé a été l'objet, aussi bien antivariolique qu'antidiphtérique-antitétanique associée ou antitypho-paratyphoïdique.

Lors de la constitution primitive de ce fichier, les parents ou les instituteurs sont tenus de déclarer les enfants qu'ils ont respectivement à leur charge. Par la suite, ce

fichier sera complété par les déclarations que doivent faire les familles, lorsque les enfants changent de résidence pour une durée supérieure à trois mois. Les maires, dans ce cas, transmettent ensuite les fiches vaccinales à la commune de la nouvelle résidence, soit directement, soit par l'intermédiaire du service départemental.

Grâce à ces mesures, aucun enfant ne devrait donc échapper aux vaccinations obligatoires sans que sa défection ne soit immédiatement connue, mais le fichier des vaccinations n'est pas encore constitué dans toutes les localités, bien au contraire : il ne faut d'ailleurs pas s'en étonner, les circonstances dues aux hostilités, la négligence des maires, l'opposition des parents, qui voient là une sorte d'inquisition, sont les causes principales de cette carence.

Il a fallu plusieurs années pour que la vaccination antivariolique passe dans les mœurs, on ne peut donc guère espérer que la vaccination antidiphtérique, considérée par le public comme inefficace et dangereuse, puisse être appliquée strictement dès maintenant.

C'est d'après le fichier que les maires devraient constituer les listes vaccinales, dont la confection en serait facilitée, puisqu'il suffirait de recopier les fiches vaccinales, classées par date de naissance.

En l'absence de ce document, les listes sont dressées, en général, au moment de la séance, et n'y sont portés que les enfants qui se présentent volontairement, alors qu'il serait indispensable que la liste soit préparée avant la séance et contienne les noms de tous les assujettis de la commune, les absents à la séance faisant l'objet d'une mesure spéciale.

Il ne faut pas oublier que les séances publiques et gratuites de vaccination ne sont pas obligatoires pour les assujettis, en ce sens que les parents restent libres de les

faire vacciner par un médecin de leur choix. Mais ils doivent figurer sur les listes vaccinales et présenter ensuite au maire un certificat qui permettra de ne pas les considérer comme absents. C'est la pratique des vaccinations qui est obligatoire, non la présence aux séances publiques, les parents doivent rester absolument libres du choix du vaccinateur; les séances publiques et gratuites ne sont organisées que dans le but de permettre à tous les assujettis, quelle que soit leur condition sociale, de pouvoir se soumettre à la loi.

Si, sur les listes, ne sont portés que les présents au moment de la vaccination, on ne pourra pas évidemment constater de défaillance, et il semblera, au vu de la liste, que tous les assujettis se sont présentés. Cette façon de faire a maintenant perdu toute valeur, car, nul ne l'ignore, mais elle persiste malgré les protestations de l'Administration et de l'Académie de médecine.

Une circulaire du secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille du 14 avril 1943, adressée à MM. les Préfets, déclare : « (l'Académie de médecine) déplore tout d'abord que de trop nombreux départements n'aient pas cru devoir envoyer, l'année dernière, les renseignements d'usage sur l'activité des services de vaccination en 1941. Cette carence est d'autant plus regrettable que, dans les instructions que je vous ai adressées le 26 juillet dernier, j'insistais d'une façon toute particulière sur la nécessité d'envoyer au plus tôt la documentation relative à ces opérations. Les insuffisances que l'Académie de médecine a relevées par ailleurs dans le fonctionnement des services de vaccination portent sur les points suivants :

— l'établissement préalable des listes d'assujettis;
— la tenue des séances de vaccination;
— les mises en demeure et les poursuites judiciaires qui doivent sanctionner les défaillants. »

A ces considérations, nous ajouterons qu'il serait souhaitable aussi que l'administration modifiât les modèles de listes mis à la disposition des maires, simplifiât les formules et donnât des indications précises qui allégeraient la tâche des magistrats municipaux et ne leur permettrait pas l'excuse de n'avoir pas compris ce que l'on attendait d'eux. Pour un bon établissement des listes vaccinales, il ne suffit d'ailleurs pas (cf. *supra*, p. 118) que les maires établissent ces listes à l'avance, d'après une déclaration plus ou moins facultative des intéressés. Il faudrait, et c'est d'ailleurs là le but du fichier des vaccinations, que les maires recherchent ceux qui doivent figurer sur ces listes, puisqu'il ne s'agit pas d'une latitude laissée aux intéressés, mais d'une obligation pour eux de subir les vaccinations prévues par la loi.

Chaque enfant doit posséder un carnet de vaccination où seront portées toutes les vaccinations subies par le titulaire : ce document servira de certificat pour attester que l'enfant a bien été vacciné et sera signé par le médecin vaccinateur.

Comme l'établissement du fichier, la délivrance des carnets de vaccination n'est pas encore complètement achevée.

b) *Organisation des séances.* — En accord avec les médecins, les maires proposent à la préfecture une date et un lieu pour les séances; les services de la vaccination approuvent généralement les propositions du maire, qui fait alors afficher le tableau des séances; des insertions dans la presse locale sont également prévues, moyen excellent de publicité, surtout dans les campagnes, où la population ne néglige jamais la lecture des entrefilets concernant le village.

Nous reconnaîtrons que, dans le plus grand nombre de cas, les municipalités organisent volontiers les séances

demandées par les docteurs. On a pu remarquer cependant des magistrats municipaux qui ont fait une obstruction complète à l'application de la loi de 1902 et aux prescriptions vaccinales. Soit pour des raisons personnelles, soit pour un motif d'ordre administratif quelconque, il est, en effet, des maires qui empêchent le fonctionnement du service vaccinal ou bien en retardent l'organisation. La raison véritable de cette opposition peut être éloignée de toute logique; tel maire, mécontent du choix du médecin vaccinateur, a fait connaître à ce dernier qu'il n'estimait pas utile la pratique des vaccinations, et, malgré les rappels de la préfecture, a attendu plus d'un an, c'est-à-dire le changement du médecin vaccinateur pour organiser les séances.

Il est rarement envoyé des convocations individuelles, puisque cela suppose des listes préalablement établies, et nous avons vu justement que les maires ne constituaient pas toujours ces listes, ce qui rend impossible le système de convocation avant les séances.

Lorsque, malgré l'établissement défectueux des listes d'assujettis, les services préfectoraux relèvent un certain nombre de réfractaires, un avertissement leur est adressé d'avoir à se présenter à une séance dite complémentaire.

Faute de répondre à cet appel, ils doivent, en principe, être déférés au tribunal de simple police, si toutefois le médecin inspecteur de la Santé ne craint pas les réclamations que les familles ne manqueront pas de lui adresser. C'est à nul doute là une des causes de la carence des maires pour la recherche des défaillants. Le magistrat municipal veut tout d'abord être bien vu par ses administrés, et n'estime pas utile de s'aliéner leur considération pour des questions aussi peu importantes qu'une vaccination.

c) *Les médecins collaborateurs du service des vaccinations.* — Les médecins désignés pour les fonctions de mé-

decins vaccinateurs ont diverses obligations, fixées par les décrets du 26 mars 1904 (vaccination antivariolique) et du 10 septembre 1941 (vaccination antidiphtérique). La plupart des prescriptions contenues dans ces textes sont d'ordre purement médical et concernent tout d'abord la technique de chaque vaccination, la fabrication et l'emploi des vaccins, autant de questions qui ne sauraient rentrer dans le cadre d'une étude administrative.

Mais il est des dispositions que nous devrons examiner plus particulièrement.

Au point de vue strictement médical, il est rare que les vaccinateurs n'effectuent pas les opérations vaccinales consciencieusement, ou bien ils préfèrent s'abstenir des charges de médecin vaccinateur plutôt que de pratiquer des opérations qu'ils ne jugent pas utiles. Le Corps médical, qui semble mépriser tout ce qui vient de l'Administration, se repose absolument sur cette dernière pour toute la partie administrative de leurs fonctions, c'est-à-dire l'aménagement des locaux, les inscriptions à faire sur les listes vaccinales et le contrôle des carnets de santé ou des certificats de vaccination.

L'article 4 des décrets déjà cités de 1904 et 1941 indique bien que les vaccinateurs devront veiller à ce que les locaux soient propres, sans encombrement quelconque, mais le médecin se contente d'être présent le jour fixé pour les séances et de pratiquer les opérations vaccinales dans la salle que le maire a désignée à cet effet (salle de classe ou pièce de la mairie). Quant aux mentions à porter sur les listes vaccinales, les auxiliaires mis à la disposition du praticien en sont chargés suivant les indications du médecin, qui les contrôle rarement.

Enfin, c'est là un procédé fort employé, les secrétaires de mairie établissent les certificats de vaccination (ou les carnets de santé) et les font signer ensuite en bloc au vacci-

nateur, qui ne peut pas vérifier si ces documents sont conformes à la réalité. La chose est encore plus fréquente dans les établissements d'enseignement où se pratique la vaccination sur les élèves ressortissants de ces maisons : il suffit ensuite de demander un certificat à la direction, qui l'accordera du moment que l'enfant fréquentait l'école à l'époque où s'est effectuée l'opération.

d) *Les parents et les vaccinations obligatoires.* — Cette question fait partie d'un tout d'une extrême importance : l'opinion publique en face de la législation sanitaire. Aussi nous y reviendrons plus loin (3e partie, chap. III).

B. — Considérations spéciales a chaque catégorie de vaccination.

Ce que nous venons d'indiquer pourrait faire croire que de nombreuses personnes échappent à toutes les vaccinations et qu'il est étonnant d'avoir, dans ces conditions, réussi à éliminer de notre pays ce fléau qu'est la variole. Aussi il est nécessaire d'étudier plus spécialement les deux groupes de vaccinations obligatoires à l'heure actuelle.

a) *Vaccination antivariolique.* — Malgré les défaillances administratives, médicales et familiales, la vaccination antivariolique, à l'heure actuelle, fonctionne presque normalement, contrairement aux autres applications de la loi de 1902, et cela pour de nombreuses raisons.

Plus de cinquante ans de pratique ont révélé son efficacité réelle et aussi sa parfaite innocuité. Aucun dérangement physiologique ne lui succède et une simple scarification sans douleur suffit. Les enfants et les parents n'ont plus aucune méfiance contre ce qu'ils considèrent maintenant comme chose naturelle. Il y aurait cependant des défaillances nombreuses, dues surtout à la négligence, si

l'entrée des écoles et collectivités d'enfants n'avait pas été, depuis le décret du 25 juillet 1903, interdite aux sujets n'ayant pas satisfait à une primo-vaccination. C'est là une mesure d'une efficacité presque totale.

Tant et si bien que cette pratique est rentrée dans la coutume et que les enfants sont presque toujours vaccinés dans leurs premières années, ou, si cela n'a pas été fait, l'entrée à l'école y remédie. La deuxième vaccination (à l'âge de 11 ans) se pratique également du fait que les enfants ne seraient pas gardés dans un établissement d'enseignement, si cette deuxième vaccination n'était pas faite. Enfin, les jeunes gens enrôlés par le service militaire obligatoire et, après l'armistice de 1940 par les chantiers de la jeunesse, subissent obligatoirement la troisième vaccination (21 ans), à laquelle échappent, par contre, un grand nombre de personnes du sexe féminin ou exemptées du service militaire.

Ce dernier point fut discuté souvent par l'Académie de médecine, mais aucune solution n'a été véritablement trouvée. Il est un fait certain : la troisième vaccination antivariolique est rarement faite, car les jeunes gens enrôlés dans l'armée ne comprennent malgré tout qu'un minorité de la jeunesse. Ce n'est pas, croyons-nous, de la mauvaise volonté, mais de la négligence; les intéressés ignorent leur obligation et les municipalités ne les leur rappellent pas. Nous pourrions en dire autant des enfants qui ne suivent pas les cours d'un établissement d'enseignement et reçoivent chez eux leur instruction. Si la première vaccination a été faite, il est à prévoir que les deux autres ne le seront pas. En principe, la vaccination doit être renouvelée deux fois en cas d'insuccès, de peur que l'opération ait été mal pratiquée. Fort heureusement, ce n'est qu'une simple précaution, non point inutile, mais que les praticiens n'estiment pas être absolument nécessaire. Très

nombreux, en effet, sont les enfants ou les jeunes gens qui ne se représentent pas devant le vaccinateur.

b) *Vaccination antidiphtérique-antitétanique associée.* — La question est tout à fait différente. La pratique toute récente (en fait, depuis 1941) de cette vaccination entraîne pour certains sujets des accidents physiologiques qui rendent nécessaires des visites préalables et des contre-indications et puis, l'opération est complexe, trois injections sous-cutanées à quinze jours d'intervalle, suivies parfois de réaction morbide, si bien que très souvent, après avoir subi la première injection, les assujettis ne se représentent pas aux séances suivantes, ce qui équivaut à une non-vaccination. Enfin, il est difficile d'affirmer empiriquement que cette pratique est sinon sans inconvénient, du moins efficace. Trop souvent la maladie s'est déclarée chez des sujets ayant été vaccinés, et l'opinion publique en a été alarmée. Il faudra donc fort longtemps pour que la vaccination mixte à l'anatoxine se généralise. En outre, son application est encore entravée par les formalités dont elle est l'objet, notamment au moment de sa première réalisation; le décret du 20 août 1941 a départagé les enfants soumis à cette obligation en deux camps : les uns, âgés de 1 à 3 ans, font partie du régime dit définitif, puisque la première vaccination aura lieu au moment prévu par la loi, et les autres, de 4 à 14 ans, font partie du régime dit transitoire, vaccinés en dehors de leurs trois premières années.

Les premiers (régime définitif) subiront une nouvelle injection (dite de rappel), dans leur 6e année, les autres (régime transitoire) seront soumis à cette même injection de rappel l'année qui suivra la vaccination proprement dite. Les renseignements nécessaires devraient être fournis aux mairies par les parents à l'aide de déclarations dites numéro 3 *bis*, et par les instituteurs ou directeurs d'éta-

blissements d'enseignement au moyen de déclarations dites 4 *bis*. Le Ministère a cru bon d'accompagner cela d'explications confuses, et surtout d'un jeu de listes dites numéro 1, 1 *bis*, 2, 2 *bis*, 2 E, d'une complexité telle que les secrétaires de mairie sont découragés devant ces feuilles à remplir, auxquelles ils ne comprennent absolument rien. Nous ne dirons pas que les maires ou leurs auxiliaires sont incapables de les comprendre, mais alors que ces personnes sont déjà prévenues contre la Santé publique et les innovations de ce genre, alors qu'une tâche écrasante incombe aux municipalités, pourquoi avoir perdu toute notion de simplification au point d'élaborer des textes et des formules qu'il est nécessaire d'étudier longuement et courageusement pour en retirer la substance? Aussi les erreurs et les défaillances ont été innombrables, là du moins où les séances ont pu être organisées, car, si certains départements ont pu tant bien que mal faire fonctionner un service des vaccinations antidiphtériques dès 1942, dans d'autres régions les premières vaccinations eurent lieu seulement en 1943, ou même restent encore à entreprendre.

Les réfractaires ont été, on le devine, très nombreux, pour toutes les raisons que nous venons d'indiquer et aussi parce que plusieurs médecins ne cachent pas leur mécontentement de voir appliquer cette mesure et réussissent à faire accepter cette opinion par les familles et par les maires, ce qui ne fut guère difficile, étant donné l'appréciation particulière des intéressés sur cette triple injection, précédée, dans les quarante-huit heures, d'un examen médical (examen qui a pour but de rechercher notamment les traces d'albumine et éviter ainsi des réactions possibles de certains organismes).

Des abus de toute sorte naissent de cela, les assujettis sollicitent d'un médecin quelconque un certificat de contre-indication temporaire ou définitive, et évitent ainsi, sans

raison, la vaccination. Le Corps médical se prête sans difficulté à cette façon d'agir, sinon par opinion personnelle, du moins parce que le médecin gagne par là l'estime de la famille, désolée que leurs enfants aient à supporter les vicissitudes d'une législation qui semble une sorte d'inquisition.

Là encore se greffe la question du secret médical, des tares cachées, qu'un examen en séance publique pourrait révéler sinon à des profanes, du moins à un docteur inconnu.

Il est estimé par le Ministère (circulaire du 10 septembre 1941) qu'une proportion par séances de 25 p. 100 de contre-indications temporaires ou définitives constitue un maximum, mais le seul remède serait de convaincre les médecins. Nous ne parlerons pas des « droits que donne l'article 10 du décret du 20 août 1941 (au préfet) de convoquer à une séance d'examen médical les bénéficiaires de complaisances exagérées », c'est-à-dire lorsque, dans une commune, trop de certificats de contre-indication sont délivrés. Si le préfet (sur proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance) prenait une telle initiative, il est certain que le Corps médical, profondément jaloux de son autorité et de ses prérogatives, élèverait des protestations indignées, que l'Administration serait obligée de prendre en considération.

Une autre solution serait, lorsque l'enfant fréquente une école, de profiter d'une inspection médicale scolaire pour déterminer s'il est vraiment impossible qu'il subisse la vaccination antidiphtérique-antitétanique.

Cependant, il reste vrai qu'il existe des malformités physiques que, seul, peut connaître un médecin de famille, et, si la vaccination a lieu après un examen superficiel, les accidents qui en découleront ne manqueront pas de créer une équivoque sur la valeur de la vaccination par

elle-même. Toutes ces raisons avaient fait longtemps hésiter le législateur, et il est difficile, à l'heure actuelle, de prévoir les résultats des mesures en vigueur, mais il apparaît nettement que leur succès est très restreint. La vaccination à l'anatoxine est loin d'être passée dans nos habitudes, surtout que dans certains départements la pratique de la vaccination a coïncidé avec une recrudescence de la maladie, à laquelle n'auraient pas toujours échappé les individus vaccinés. Nous ne chercherons pas à expliquer scientifiquement ce résultat, mais il est bien évident qu'au point de vue strictement administratif ces faits ne peuvent que gêner la mise en application de la loi.

Et puis, il n'existe pas encore, pour éviter les défaillances, un contrôle à l'entrée des établissements scolaires.

Les difficultés rencontrées pour le démarrage de la vaccination ont obligé l'Administration à se montrer très large pour l'observation de la loi du 25 juin 1938 et l'interdicton d'admettre les enfants dans les collectivités à eux réservées sans la présentation des carnets de santé ou certificats de vaccination. La circulaire du 10 novembre 1941 indique le 1er janvier 1943 comme date à partir de laquelle les modalités de la loi seront appliquées à l'entrée des écoles, 1942 devant être, en principe, la première année de l'application.

Deux circulaires du 3 décembre 1942 et du 30 novembre 1943 reculèrent ce délai d'abord au 1er octobre 1943, puis au 1er octobre 1944.

Ce recul devant l'exécution provient vraisemblablement de ce que l'Administration centrale fut judicieusement informée de la réalité par l'enquête qu'elle effectua auprès des services départementaux en 1943.

Le 1er juin 1943, une circulaire du secrétaire d'Etat à la Santé demandait, en effet, qu'il soit établi un rapport sur le fonctionnement du service des vaccinations en 1942.

Mais les réponses durent démontrer la façon défectueuse dont avait fonctionné pratiquement le service, ce qui impliquait l'impossibilité d'interdire l'entrée des enfants dans les écoles en cas de non-vaccination.

C. — Etude sur le fonctionnement du service des vaccinations antidiphtériques dans les départements du Nord et de la Gironde.

1° *Nord.*

Les renseignements que nous donnons sont extraits d'une brochure publiée par la direction régionale de la Santé et de l'Assistance de Lille. Elle concerne la période de novembre 1942 à juillet 1943, qui correspond à la première mise en pratique de la vaccination antidiphtérique dans le département du Nord. Nous ne dirons rien sur les conditions techniques dans lesquelles furent exécutées ces vaccinations, elles sont celles prévues par les instructions ministérielles et ne rentrent pas dans le cadre d'un ouvrage plus particulièrement juridique.

Le fonctionnement du service a été centralisé entre les mains du Directeur régional de la Santé et de l'Assistance et de M. le Médecin inspecteur de la Santé de Lille. Le service départemental a reçu le double des listes vaccinales, et d'après elles a établi pour « chaque localité les dates, heures et lieux des vaccinations, le nombre et les noms des enfants convoqués à chaque séance, les noms des médecins, des auxiliaires techniques chargés du service... » — « Une telle méthode, déclare la brochure éditée par la direction régionale de Lille, rend possible une rigoureuse application de la loi, mais elle exige la mise en mouvement d'un mécanisme particulièrement complexe. »

Cependant, ces listes étaient-elles complètes ? Il y a lieu d'en douter, puisqu'elles durent être parfaites « pendant les séances », ce qui laisse supposer que des défaillants

inconnus demeurent en assez grand nombre. 210.000 enfants ont, durant la période envisagée, été vaccinés et un carnet de vaccination leur a été remis. Le succès fut loin d'être complet, la proportion entre les assujettis convoqués — les autres sont ignorés — et les assujettis présents varia de 50 à 90 p. 100 (en moyenne 65 p. 100 environ) et des « dizaines de milliers d'avertissements » durent être adressés aux réfractaires... « des milliers d'enquêtes de police » sont actuellement en cours à la suite des innombrables procès-verbaux dressés.

Des accidents dus à la vaccination ont été relevés, bénins la plupart du temps, mais, dans quelques cas, d'une certaine gravité. Cela n'est pas pour encourager les parents, qui sont responsables, par « inertie ou indifférence », des absences injustifiées. La brochure rappelle non sans raison que cette opposition n'est pas spéciale à la vaccination antidiphtérique, « mais plutôt commune à toutes les mesures préventives nouvelles ».

Les résultats obtenus sont sensiblement égaux à la campagne et à la ville. Il y eut évidemment nombre de contre-indications et plusieurs enfants ayant subi la première injection ont renoncé à se présenter aux autres séances.

M. le Médecin inspecteur de la Santé du Nord estime que les maires ont fait un gros effort, ainsi que le Corps médical, dont 500 membres participent à cette organisation. Ces praticiens ont été répartis suivant leur résidence en 38 circonscriptions et, à l'intérieur de ces secteurs, un médecin a été désigné par 500 assujettis. Sous ses ordres, le médecin vaccinateur avait une équipe d'auxiliaires techniques et administratifs. Le matériel a été fourni par le service départemental à titre gratuit (matériel de piqûres, vaccins, réactifs). Enfin, à la tête de chaque secteur de vaccination, se trouvait un médecin chargé des rapports entre les vaccinateurs de son secteur et l'Administra-

tion. Nous ne nous attarderons pas sur les résultats purement médicaux de l'opération, qui, répétons-le encore, n'a pas atteint la totalité de la population enfantine et écolière, une partie importante ayant échappé, malgré les soins qu'a apportés l'autorité, au fonctionnement du système.

2° *Gironde.*

Dans ce département, le service préfectoral des vaccinations est composé d'un seul employé (aidé parfois par un camarade bénévole), aussi se repose-t-il entièrement sur les maires et les docteurs pour l'organisation des séances vaccinales.

La vaccination antivariolique fonctionne sous l'impulsion de la routine, mais, comme ailleurs, le mécanisme étant en marche, sans être parfait, donne des résultats semblables à ceux des autres départements.

Pour la vaccination mixte à l'anatoxine, il n'en est pas de même.

Fonctionnement administratif : Le fichier de vaccination n'a pas encore été constitué pour diverses raisons, et notamment un manque de papier, dû aux circonstances. Les listes sont établies par les maires sans beaucoup d'exactitude et ne sont pas contrôlées préalablement aux séances par l'inspection de la Santé, faute de personnel suffisant. Il y est seulement apposé un visa, simple formalité.

Les maires sont chargés de fixer les séances en accord avec les docteurs, de convoquer les assujettis, d'adresser des avertissements et, si besoin est, de faire connaître au service départemental le nom des réfractaires. Or, le plus souvent, les listes ne sont pas adressées pour visa à la préfecture, mais sont constituées seulement lors de la séance. La poursuite des réfractaires n'est jamais effectuée car le maire veut ignorer les défaillants et surtout éviter que des sanctions soient prises.

Les 160 médecins vaccinateurs chargés de la vaccination antivariolique procèdent également à la vaccination mixte, chacun dans sa circonscription respective, la ville de Bordeaux possédant un service autonome. Le personnel technique est recruté par le docteur, le maire s'occupant des questions administratives.

Le vaccin et les réactifs sont fournis gratuitement, mais non le matériel de piqûres, que le médecin doit posséder ou se procurer à ses frais. Quant aux réactifs, les circonstances dues à l'état de guerre ont empêché qu'ils soient répartis complètement entre les vaccinateurs. Les fournitures d'imprimés ont été également suspendues, faute de matière première, et le manque de vaccin a accentué le retard primitif pour la mise en application de la loi.

Le Corps médical et les parents ont, en outre, opposé l'inertie la plus complète à l'organisation de cette vaccination, qui, commencée dans les débuts de l'été 1942, n'était pas encore, même théoriquement, terminée au 1er janvier 1944.

A la fin de 1941, il avait été fait un recensement des enfants en âge de subir la vaccination antidiphtérique, recensement qui fut fait à l'aide des cartes d'alimentation, et qui devait permettre, par la suite, de considérer non seulement le nombre des réfractaires aux séances, mais encore celui des assujettis qui ne figurent pas sur les listes.

En 1942, deux communes seulement ont organisé des séances vaccinales : Bordeaux et Talence.

A Bordeaux, sur une population enfantine estimée à environ 30.000 enfants, 1.200 seulement furent vaccinés en 1942; il ne faut pas arguer des mouvements de population dus à l'évacuation de la population enfantine pour excuser cette carence. Les mesures d'évacuation n'eurent lieu que bien plus tard et ne portèrent d'ailleurs, que sur un nombre limité d'enfants.

A Talence, les résultats sont plus satisfaisants : 1.500 en-

fants ont été vaccinés sur une population de 2.200 enfants, ce qui est un résultat appréciable, étant donné l'opinion publique.

En 1943, toutes les municipalités ont été invitées à organiser des séances, mais les premiers rapports reçus en février 1944 démontrent un échec sur les causes duquel nous ne reviendrons pas. Echec en réalité plus important que les chiffres ne le laissent apparaître, le nombre des réfractaires figurant sur les listes étant bien inférieur à celui des assujettis qui n'étaient pas inscrits. La ville de Libourne (20.000 habitants) compte, d'après les recensemenst effectués, près de 3.600 enfants; or, 2.200 à peine sont portés sur les listes, et 1.700 seulement reçurent effectivement la vaccination.

A Caudéran (25.000 habitants), il n'y a pas eu de séances. A Langon (12.000 habitants), il n'y a eu que 87 sujets vaccinés, alors que le recensement de 1941 avait permis de compter 750 enfants en âge de subir la vaccination.

Dans les campagnes, le pourcentage des réfractaires connus ou inconnus est aussi important, sauf dans quelques localités, parmi les moins importantes, où le nombre des vaccinés correspond à quelques unités près aux chiffres fournis en 1941. Dans ces cas exceptionnels, il faut considérer que le très petit nombre d'enfants résidant dans la commune n'a guère permis de se soustraire aux opérations vaccinales sans être remarqué. Il faut reconnaître aussi que l'action du maire et de l'instituteur y est également plus facile, en même temps que la crainte de l'Administration y est moins émoussée que dans les villes.

D'une façon générale, les résultats, sous le jour administratif, sont donc assez décevants. Au contraire des raisons exposées pour le département du Nord, raisons indépendantes assez souvent de l'Administration, il paraît, en Gironde, que l'effort administratif ait été insuffisant. Le grand défaut de l'organisation girondine réside dans le

fait que les municipalités sont la pièce maîtresse de l'échafaudage. Il faudrait rechercher à éliminer les maires des opérations vaccinales pour obtenir des résultats plus satisfaisants.

D. — Organisation du service des vaccinations en Charente-Maritime (15).

Convaincu que les lois sur les vaccinations resteraient lettre morte tant que les maires seraient chargés entièrement de leur exécution, le préfet de la Charente-Maritime, en accord avec M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance de Poitiers (docteur Merle), élabora une organisation des services de vaccination entièrement originale, dans laquelle le maire n'a plus qu'une tâche secondaire. Les principaux agents sont des fonctionnaires (agents sanitaires) placés à la tête de chaque circonscription vaccinale, qui comprend environ 10.000 habitants.

L'agent sanitaire est chargé de toute la partie administrative du service des vaccinations qui, dans les autres départements, incombe aux municipalités. C'est ce même agent qui établit le programme des vaccinations dans sa circonscription, en accord avec les maires, les docteurs et les instituteurs, après avoir procédé lui-même à l'établissement des listes vaccinales, qui contiennent les noms de tous les assujettis conformément aux indications du fichier de chaque commune de sa circonscription, fichier constitué non d'après la fantaisie des maires, mais d'après des renseignements précis. Le pointage des absents, l'envoi des avertissements, l'établissement de la liste des réfractaires, la remise d'un duplicata de la fiche des vaccinations, docu-

(15) Ces renseignements nous ont été fort aimablement fournis par le docteur Duvic, médecin inspecteur à La Rochelle, qui s'applique, autant qu'il est possible, à faire observer la loi de 1902, et tout particulièrement les obligations vaccinales dans son département.

ment qui tient lieu de carnet de vaccinations, sont encore de la compétence des agents sanitaires, dont le recrutement (parfois difficile) a permis de conclure à un avantage sérieux de la nouvelle méthode sur le système municipal M. le Médecin-inspecteur de la Santé de la Charente-Maritime a pu constater cet avantage de façon scientifique, si l'on peut dire, à l'aide des communes qui conservèrent l'ancien système et servirent de témoins : les résultats furent bien moins satisfaisants que dans les autres localités.

E. — La vaccination antityphо-paratyphoïdique.

Avant d'en terminer avec cette très importante question des vaccinations, nous dirons quelques mots sur la vaccination antityphо-paratyphoïdique, dont la pratique n'est rendue obligatoire que dans certains cas exceptionnels par un arrêté du Ministère de la Santé publique (secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille) dans les localités où s'est déclarée une forte épidémie (loi du 25 novembre 1940). A cette mesure pourront être assujettis les sujets de 10 à 30 ans. Si ces personnes n'ont pas encore été vaccinées contre la diphtérie et le tétanos, une injection de ces deux vaccins sera faite en même temps (vaccination triple associée).

Plus encore que les autres vaccinations, celle-ci est redoutée par le public, car ses conséquences immédiates sont en général fort gênantes et même plus dangereuses que pour les autres vaccinations. Par contre, elle jouit de l'estime du Corps médical, car elle a fait ses preuves dans l'armée, où elle est obligatoire depuis la guerre de 1914 (16). Aussi l'Administration ne paraît pas hésiter à user des

(16) Lors des épidémies de fièvre typhoïde, ce sont les sujets non vaccinés (surtout femmes et enfants) qui fournissent le plus gros contingent de malades.

facultés que lui a laissées la loi : dans quelques épidémies locales, le ministre (ou bien le préfet en vertu des pouvoirs exceptionnels qui lui sont conférés au point de vue sanitaire par le décret du 4 octobre 1939, art. 7) a décidé de rendre obligatoire dans certaines communes la vaccination antityphoïdique. Les réfractaires sont évidemment très nombreux, plus encore que dans le cas des vaccinations antidiphtériques, malgré l'efficacité reconnue de cette mesure préventive.

§ 4. — *Protection des eaux potables.*

L'article 1er du texte primitif de 1902 obligeait, avons-nous dit, le maire à édicter un règlement sanitaire, qui devait porter sur différents points, et « notamment sur les prescriptions relatives à l'alimentation en eau ou à l'évacuation des matières usées ». L'article 10 de la même loi donnait des précisions sur l'acquisition et la protection des sources d'eau alimentant une commune. En 1925, les dispositions de l'article 1er, modifiées dans le sens de l'autorité chargée de rendre obligatoire le règlement sanitaire, laissèrent subsister, en les élargissant tant soit peu, les prescriptions relatives à la protection des eaux potables et à l'évacuation des matières usées. Mais l'article 10, remanié et complété par un autre décret-loi du 20 octobre 1935, comprend (cf. *supra*, p. 28) maintenant deux paragraphes :

a) périmètre de protection autour des sources d'eau potable;
b) surveillance de ces eaux.

Ces questions pourraient faire l'objet d'une réglementation par le préfet en vertu de l'article 1er de la loi, mais le législateur a cru bon de leur donner une existence autonome, ce qui n'empêchera pas les préfets d'en élargir le

contenu, s'ils l'estiment utile, dans les règlements sanitaires départementaux.

a) La protection des eaux potables et leur surveillance sont absolument nécessaires, car l'eau est le véhicule préféré de nombreuses maladies, dont la plus connue comme aussi l'une des plus graves est la fièvre typhoïde. Un périmètre de protection autour d'une source d'eau destinée à l'alimentation d'une commune est chose très compréhensible, mais il faut que l'administration acquière les terrains faisant partie de ce périmètre et les fasse considérer dorénavant comme une propriété privée dans laquelle on ne puisse pénétrer. Malgré ces précautions, il est certain qu'une surveillance très stricte devra être organisée pour qu'effectivement aucune infraction ne soit commise; or, cette surveillance n'existe pas et les avis placés çà et là ne suffisent pas à protéger les alentours de la source. Dans de nombreux cas, ces sources furent souillées, surtout dans les communes de faible importance qui possèdent une adduction d'eau, mais se désintéressent assez facilement de l'origine de cette boisson.

Nous nous retrouvons dans les conditions de l'application du règlement sanitaire : une administration sans énergie en face d'individus bien décidés à n'agir qu'à leur guise. Les environs des sources sont en général fort tranquilles, puisque les véritables propriétaires ne s'en préoccupent pas, et il est facile d'y aller déverser des immondices trop gênants. Si le même fait se produisait dans une propriété particulière, il est certain que le légitime possesseur du bien ne manquerait pas de protester à juste titre.

Faute de moyens pécuniaires ou par négligence, il est des communes qui n'acquièrent pas les terrains où sont situées les sources alimentant leur population : une simple location intervient entre le propriétaire du terrain et la municipalité, location qui porte, en général, sur un espace res-

treint. Dans ce cas, il n'existe pas de périmètre de protection, le terrain n'entrant pas dans le patrimoine communal.

La source peut aussi appartenir à un particulier qui obtient ensuite une concession pour la distribution de l'eau. C'est à ce concessionnaire qu'il appartient de veiller, en accord avec la municipalité, à la protection des sources qu'il exploite, surveillance qui doit se faire conformément au règlement sanitaire en vigueur dans le département ou la commune.

b) Puisqu'il est si difficile de surveiller la source elle-même, le décret déjà cité de 1935 indique que le concessionnaire de la distribution d'eau potable, qu'il soit particulier ou une municipalité, devra fournir une eau reconnue pure par l'analyse chimique et bactériologique. Lorsque l'eau sera trouvée impure, on devra rechercher les causes et les supprimer; c'est un remède curatif à défaut d'un préventif sérieux, qui serait l'éviction de toute cause de pollution.

Mais les examens doivent être très rapprochés, et non accidentels, pour permettre une surveillance efficace. Or, le texte législatif est muet sur ce point, il ne conseille d'analyses rapprochées qu'aux seuls cas où l'eau est déjà suspecte. Ceci n'est pas suffisant : l'eau de boisson devrait faire l'objet d'examens tout au moins mensuels, et non pas seulement chaque année, comme cela est souvent pratiqué : il est évident qu'entre deux analyses l'eau peut devenir impure et être à l'origine de maladies que les médecins ne pensent pas tout d'abord à attribuer à l'eau de la ville, d'autant plus dangereuse qu'elle offre en apparence toute garantie.

Dans les localités importantes, les eaux potables sont analysées chaque jour ou tout au moins chaque semaine.

Aussi un service public d'adduction d'eau est en général, pour le public, une garantie tant par le choix de la

source que par la surveillance qui en est effectuée. Si, dans certains cas, il a fallu déplorer la négligence du concessionnaire ou de la municipalité, il n'en demeure pas moins que ce système peut être excellent et qu'il convient de le développer le plus possible : le rôle des services départementaux de contrôle étant de vérifier la régularité des analyses et la pureté de l'eau. Il est cependant peu de communes convenablement outillées; en dehors des grandes villes et de leur banlieue immédiate, trop nombreuses sont encore les localités de moyenne importance qui ne disposent que de puits privés ou de quelques puits publics qui ne font l'objet d'aucune surveillance. Les prescriptions du règlement sanitaire sur ce sujet restent lettre morte et les causes de contamination sont nombreuses : fosses à purin ou d'aisances non étanches dans le voisinage, boues ou immondices autour de la fontaine, puisage défectueux à l'aide de récipients qui non seulement troublent l'eau mais encore la souillent par les impuretés qu'ils contiennent; chute d'objets quelconques, lorsque le puits n'est pas couvert. Bref, autant de causes de contamination de l'eau au préjudice de la santé des consommateurs.

Ce n'est d'ailleurs là qu'un aspect de la non-application des règlements sanitaires dont nous avons déjà parlé, et sur lequel nous ne reviendrons pas; nous dirons seulement que, devant la carence des municipalités, il appartient aux services préfectoraux de prendre toutes les mesures nécessaires. Dans le département de la Gironde, au début de 1942, il a été élaboré une organisation qui, justement, suppléait à la négligence des maires; le département passa une convention avec un laboratoire semi-public qui, moyennant une somme modique pour chaque commune (125 francs par an), acceptait d'exécuter toutes les analyses d'eau qui lui seraient demandées par la préfecture pour le compte des communes ayant adhéré au système. L'inspection de la Santé avait l'intention de faire

effectuer les prélèvements d'eau par les agents de désinfection au cours de leurs tournées dans les localités du département. Il était bien spécifié que les puits publics comme les puits privés pouvaient bénéficier de cette mesure.

Les communes répondirent tout d'abord en très petit nombre aux propositions qui leur étaient faites par l'inspection de la Santé, les maires étant persuadés de la qualité séculaire, si l'on peut dire, des eaux de leurs communes. Devant un échec semblable, le préfet lui-même s'adressa aux municipalités, les mettant en présence de leurs responsabilités, ce qui eut pour résultat de faire souscrire à l'abonnement demandé les deux tiers environ des localités. L'autre tiers serait visité également, mais devrait supporter au plein tarif les frais de l'analyse.

Ce système possédait au départ un défaut important. Dans les conditions où fonctionne, en Gironde, le service de désinfection (trois agents à Bordeaux), il était impossible d'effectuer dans chaque localité ou plutôt dans chaque hameau les prélèvements envisagés. Pour obtenir de cette organisation au demeurant excellente un résultat appréciable, il faut disposer d'un personnel fort nombreux, parcourant toute l'année le département. Il faut bien, en effet, considérer que les maires peuvent demander l'analyse d'un nombre élevé de puits et que le transport des eaux doit être fait rapidement dans certaines conditions (surtout durant la saison chaude). Si l'entreprise échoua, ce ne fut d'ailleurs pas seulement pour ces raisons : l'échec vint surtout de la suppression presque totale des moyens de locomotion mis à la disposition des administrations par suite des restrictions dues à l'état de guerre. Toutefois, il y a là, répétons-le, une initiative qui peut, après quelques modifications, avoir de très heureux résultats lorsque les circonstances le permettront.

D'ailleurs, les quelques analyses qui purent être faites en 1942 permirent de découvrir de nombreux puits dont

les eaux étaient nettement polluées et à l'origine des foyers d'épidémie. Conformément au règlement sanitaire en vigueur en Gironde, les maires reçurent l'ordre d'interdire ces puits à la consommation humaine. Il est fâcheux qu'ensuite un contrôle n'ait pas été effectué pour rechercher si, effectivement, cette interdiction était suivie tant par la population que par les municipalités.

§ 5. — *Mesures spéciales relatives à la protection contre les maladies transmissibles.*

Nous voulons parler des articles 8 et 9 de la loi du 15 février 1902 (cf. *supra*, 1re partie).

a) Lorsque, par le fait de circonstances exceptionnelles, une épidémie menace tout ou partie du territoire français, le Gouvernement peut, avons-nous dit, édicter des mesures spéciales. On a considéré que l'état de guerre correspondait à une menace d'épidémie, ce qui est une interprétation très large du texte (interprétation qui n'a pas été contestée).

En 1914, la déclaration de guerre fut le prétexte à un décret du 14 août 1914, sur les mesures exceptionnelles en temps de guerre, décret dont l'application fut prorogée le 6 novembre 1919.

Le 4 octobre 1939, un nouveau décret détermina des mesures d'hygiène spéciales durant la période des hostilités, mesures rendues nécessaires par la menace d'épidémie que constitue un déplacement massif de population civiles ou militaires (17).

L'organisation qu'il réalise permettra d'utiliser les « moyens de défense locaux, tout en assurant la cohésion et l'unité d'action entre les différents services d'hygiène

(17) Extrait du rapport à M. le Président de la République lors de la présentation du décret à sa signature.

qui coopèrent, dans chaque département, à la protection de la santé publique (18). Ce décret, comme nous l'avons indiqué (cf. *supra*, 1re partie), est surtout un rappel des prescriptions sanitaires de 1902 et 1935. Il confirme en quelque sorte de façon officielle le fait que les lois sanitaires n'étaient pas, en 1939, encore appliquées dans ses parties les plus importantes.

Ne lit-on pas en effet dans ce décret qu'il est fait une obligation aux préfets de se soumettre sans tarder à la législation sanitaire en vigueur tant pour la création des services de contrôle que pour la déclaration des maladies contagieuses et pour la rédaction d'un règlement sanitaire départemental.

L'article 6 constitue la partie la plus importante de ce texte, aux termes duquel l'autorité sanitaire a le droit de faire hospitaliser d'office un malade contagieux ou simplement porteur de germes pathogènes. Le préfet peut également, sur la proposition du service sanitaire, rendre obligatoire dans une localité la vaccination antityphoïdique.

Dans ce dernier cas, le décret a été appliqué, soit qu'une revaccination ait été rendue obligatoire, soit que la population ait été invitée à se faire vacciner : ainsi le préfet du Nord prit en 1943 un arrêté portant obligation de la vaccination contre la typhoïde dans certaines communes. Ce ne sont d'ailleurs là que des mesures exceptionnelles, mais, en fait, on peut essayer de les appliquer et obtenir ensuite un certain résultat.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de faire hospitaliser d'office un malade (cf. *supra*, p. 41). Nous avons pu nous rendre compte que toute tentative de ce genre serait immédiatement suivie d'un arrêt presque absolu dans les déclarations de maladie : le public n'accepte pas une

(18) *Ibid.*

sure qu'il considère comme un outrage à l'inviolabilité de sa personne. Il faut ajouter à cela une peur de l'hôpital, innée chez la plupart des gens.

L'opinion publique, qui invoque la liberté individuelle pour refuser de se plier à ces mesures, devrait se souvenir tout d'abord que l'intérêt général (la santé publique) est en jeu et qu'il est criminel, dans ce cas, d'afficher des sentiments individualistes. Et puis on pourrait citer l'exemple de l'Angleterre, pays de l'individualisme à outrance, où « l'*habeas corpus* » est à l'honneur, mais où la législation sanitaire n'admet pas que, du fait d'un principe même honorable, toute une population soit contaminée.

Dans ce pays, l'hôpital ouvre obligatoirement ses portes dans certains cas et il est bien difficile de s'y soustraire. On cite le cas d'un couple de jeunes mariés qui durent passer leur lune de miel à l'hôpital, parce que l'épouse, ayant contracté la scarlatine, fut hospitalisée d'office, et son mari, pour rester avec elle, dut se soumettre au même isolement. Nous hésitons à croire qu'une telle mesure aurait été acceptée en France; cependant n'est-elle pas infiniment sage

b) Une autre prescription spéciale (art. 9) consiste à faire effectuer par le conseil d'hygiène une enquête dans les communes où, durant trois années, le nombre des décès a dépassé la moyenne considérée en France durant la même époque. Nous croyons que cet article 9 n'a jamais beaucoup préoccupé les services départementaux, et, d'ailleurs, il faut bien avouer qu'il n'est pas de grande utilité. D'abord, la mortalité moyenne en France, dans une année, n'est connue que plusieurs mois après la fin de l'année envisagée, d'autre part, la procédure d'enquête est d'une telle complexité (cf. texte de la loi) qu'il n'est plus guère utile pour l'Administration d'y recourir. Il est probable qu'un laps de temps de cinq ans au moins serait nécessaire pour voir se terminer la période d'instruction de l'affaire.

SECTION III

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Après avoir considéré l'application des mesures tendant à la protection des individus et à la lutte contre les maladies contagieuses nous examinerons dans cette section les prescriptions sanitaires prévues pour les immeubles en dehors du règlement sanitaire dont l'application a fait déjà l'objet d'une étude (cf. *supra*, 2e partie, chap. I). Nous rappelons qu'il s'agit ici des mesures dites individuelles, par opposition à celles du règlement.

Ces mesures font l'objet des articles 11 à 18 *quater*, que nous avons examinés dans leur contenu et dont nous allons observer sur le plan pratique l'application. Ces articles comprennent, répétons-le, les permis de construire et d'habiter, l'évacuation des matières usées et l'interdiction d'habiter des immeubles et îlots insalubres, l'expropriation pour cause d'insalubrité publique.

Cette partie de la législation sanitaire, comme celle relative à la protection des eaux potables, est pour le moins tenue en oubli par la plupart des administrations.

Si l'individu semble inviolable dans sa personne, les immeubles, à un titre différent il est vrai, jouissent d'une sorte de prestige qui paraît interdire toute action à leur égard.

Certes, le législateur s'est efforcé dans cette partie de la loi plus qu'en aucune autre de modifier ou de compléter les textes pour en permettre une application plus effective, mais les résultats furent médiocres, la situation antérieure n'ayant guère changé.

§ 1er. — *Les permis de construire et d'habiter.*

A. — Le permis de construire.

L'article 11 du texte primitif de 1902 prévoyait que, dans les agglomérations de plus de 20.000 habitants, aucune

habitation ne pouvait être construite sans l'autorisaton du maire, sur le vu d'un projet établi conformément au règlement sanitaire. De toute évidence, ceci resta lettre morte parce qu'il n'existait pas en fait de règlement sanitaire municipal, sauf dans quelques localités, et que, par là, il était difficile de construire une maison conformément à des prescriptions légalement ignorées. En outre, les communes de plus de 20.000 habitants étant relativement peu nombreuses, la plus grosse part des constructions devait donc échapper à tout contrôle, même théorique. La réforme de 1935 intervint, toujours sous le prétexte de réduire les dépenses publiques en diminuant « la mortalité et en prévenant le développement de certaines maladies (19). Dorénavant, comme nous l'avons vu (20), les communes de plus de 5.000 habitants seront soumises à la formalité du permis de construire, et même, dans certains cas, tout un groupe de communes, quel que soit le chiffre de sa population, se verra appliquer la même législation (21). Enfin, un décret du 30 octobre 1935 a complété l'article 11 par une réglementation de l'évacuation des matières usées. Nous examinerons successivement ces différentes questions quant à leur application.

Le permis de construire dans les communes de plus de 5.000 habitants (art. 11)) : Nous ferons tout d'abord la même remarque que pour le texte de 1902 : les règlements sanitaires départementaux auxquels doivent se conformer les constructions nouvelles n'ayant été rendus obligatoires dans certains départements que tout récemment, il a été impossible jusqu'à ces derniers mois, dans certaines localités, de contrôler les constructions nouvelles, puisqu'il ne

(19) Cf. rapport au Président de la République:
(20) Cf. *supra*, 1re partie.
(21) Lois des 14 mars 1914 et 19 juillet 1924: décret du 25 juillet 1935.

pouvait être question de les soumettre à une réglementation inexistante. Cependant, malgré les négligences de certains départements, un plus grand nombre d'habitations auraient pu être surveillées si, en dehors des préfets, un autre personnage, élu, celui-ci, n'avait à son tour non seulement retardé, mais rendu impossible cette surveillance.

Encore une fois, il s'agit de cette opposition systématique (sur laquelle nous sommes obligé de revenir) des magistrats municipaux, opposition rencontrée chaque fois que la santé publique est en jeu.

Les municipalités ne vérifient que rarement la conformité des projets présentés avec les prescriptions en vigueur. Il est d'ailleurs facile de paraître se soumettre à la loi, puisque cette dernière admet l'autorisation tacite résultant du silence même de l'autorité municipale. Sans aucune intervention que le classement du dossier et la remise d'un récépissé, les maires pensent satisfaire aux obligations légales. Encore faut-il que les particuliers aient bien voulu présenter leur projet, ce dont ils auraient pu se dispenser sans dommage, puisque aussi bien leur dossier ne sera pas examiné et que le service municipal, faute de personnel et par négligence, ne recherchera pas les infractions, qui sont commises de façon courante (22).

On a voulu expliquer cette carence non par une opposition à la loi; mais par l'impossibilité où se trouvent les maires d'examiner correctement les plans et d'y faire porter les rectifications nécessaires. Cela nous paraît exagéré, car les communes de plus 5.000 habitants ont une importance relative et pourraient posséder un personnel assez nombreux, comptant un employé qualifié pour cette besogne, qui n'est, à vrai dire, que peu compliquée. La

(22) Nous voulons parler évidemment de la période qui a précédé les hostilités, puisque depuis 1940 la possibilité de construire a été restreinte en raison des circonstances et du manque de matériaux.

lecture des plans est facilitée par les indications des architectes. Il n'est guère besoin que de confronter les données portées sur les schémas avec les indications du règlement sanitaire et ensuite de prier l'intéressé, s'il est nécessaire, de modifier le projet dans les parties défectueuses.

Même si cette complexité existait accidentellement, il est possible aux maires de recourir à l'avis de l'inspection de la Santé, lorsqu'il leur paraît que certains éclaircissements sont utiles (art. 11, 1er al.). De toute façon, cela n'expliquerait pas pourquoi les magistrats municipaux ne feraient pas rechercher par leurs agents les constructions en cours et pour lesquelles aucune demande d'autorisation n'a été déposée. Il a été aussi déclaré que l'examen préalable des plans n'était pas utile, parce que les architectes ou les entrepreneurs de bâtiments se soumettaient d'eux-mêmes aux règles d'hygiène les plus élémentaires. Cela ne nous paraît pas juste, et il est bon d'examiner de très près les projets de construction de maisons d'habitation, car les entrepreneurs n'hésitent pas à faire fi des règles d'hygiène pour satisfaire une clientèle exigeante : habitations en sous-sol ou en greniers, pièces ridiculement exiguës, sans air, ou mal éclairées par des puits de jour, salle de bains sans aération, water-closets ayant leur entrée dans une cuisine, murs insuffisamment épais pour protéger contre l'air extérieur.

Dans les communes où existe un bureau municipal d'hygiène l'article 11 est plus strictement appliqué, le directeur du bureau n'ayant pas les mêmes raisons de rester inactif. Il ne faut pas croire, certes, que l'application soit parfaite : tout simplement, les plans présentés sont examinés et les modifications nécessaires y sont apportées, mais il est rare que soient recherchées les constructions faites sans autorisation.

En Savoie, un employé du bureau municipal de Cham-

béry est chargé d'examiner tous les permis de construire du département moyennant une indemnité spéciale, qui lui est versée par la préfecture. De même qu'en Charente-Maritime on a éliminé le maire du service de vaccination, en Savoie, on a retiré au magistrat municipal son privilège d'examiner les permis de construire, et il est certain qu'il existe dans les deux cas des raisons similaires.

Dans certaines communes d'une population inférieure à 5.000 habitants, l'obligation du permis de construire a été instaurée pour ces localités lorsqu'il existera un plan d'aménagement, d'embellissement ou d'extension, ou bien s'il s'agit d'un groupe d'habitations ou de lotissements (cf. *supra*, p. 31). Il en est de même pour les communes comprises dans un groupe d'urbanisme (décret du 25 juillet 1935). Dans ce dernier cas, toute construction, même ne devant pas servir à l'habitation, les additions et les travaux simplement confortatifs doivent faire l'objet d'un permis de construire. Mais le point de vue sanitaire est, si l'on peut dire, complémentaire : le principal but des lois visées est l'aménagement esthétique des villes. La construction étant réglementée en ce sens, on a pensé à rendre obligatoire en même temps le visa sanitaire. Ainsi donc, la demande adressée aux maires (transmise ensuite pour examen au préfet) n'est pas faite conformément à la législation sanitaire, mais suivant des lois régissant l'aménagement de certaines villes. D'ailleurs, le délai imparti aux maires par l'article 11 de la loi de 1902 ne court pas à partir du dépôt de la demande à la mairie, mais seulement lorsque le préfet a statué par rapport au plan d'urbanisme. Le permis de construire sanitaire ne sera donc accordé que si le plan est accepté par le service préfectoral.

En fait, il faut considérer que le maire n'a pas à statuer suivant la loi de 1902, car, dans la plupart des cas, l'inspection de la Santé est consultée par le préfet lors de

l'examen du dossier au point de vue de l'urbanisme. (Si la commune intéressée possède un bureau d'hygiène, c'est celui-ci qui donne son avis.) Ce procédé permet d'éviter qu'un plan non conforme à la législation sanitaire fasse l'objet d'un avis favorable du comité d'urbanisme.

Il est curieux de remarquer que, de cette manière, les projets de construction échappent beaucoup moins au contrôle prévu par la législation sanitaire. Nous ne dirons pas qu'il n'existe pas de projets échappant au contrôle prévu par les lois sur l'urbanisme, mais le public se soumet plus facilement à la législation qui a pour but l'esthétique des villes qu'à la législation sanitaire proprement dite. Il est juste d'ajouter qu'une infraction à la législation sur l'urbanisme est plus sévèrement punie qu'une infraction à la loi de 1902, puisque les travaux faits en violation du décret du 25 juillet 1935 seront détruits et une astreinte de 10 à 300 francs par jour de retard peut être imposée, ce qui est autrement plus grave qu'une amende de 16 à 500 francs ou la menace vaine d'une interdiction d'habiter (23).

Nous terminerons ce paragraphe consacré aux permis de construire par l'examen de l'alinéa 4 du décret du 30 octobre 1935 (cf. *supra*, p. 31), qui, d'une matière du règlement sanitaire (évacuation des eaux usées et des vidanges), fait l'objet d'un texte législatif obligatoire pour tout le territoire français et ne peut être contesté quant à sa légalité comme un texte réglementaire. Il s'agit, en effet, d'une question importante, consistant (cf. *supra*, p. 31) à rendre obligatoire, dans un certain délai, l'évacuation des eaux usées par les réseaux d'égouts existants. Un texte législatif était nécessaire, puisque la mesure vise aussi bien les constructions anciennes que les constructions neuves. Or, de semblables mesures ne pouvaient être imposées aux cons-

(23) Cf. *supra*, 1re partie, III.

tructions anciennes en l'état de la législation de 1902 (art. 1er) (cf. *supra*, p. 56). Le nouveau décret-loi ne peut pas subir les mêmes attaques juridiques qu'un règlement sanitaire et devait être plus facilement applicable.

Mais ne croyons pas qu'effectivement cette mesure ait eu beaucoup de succès tant auprès des particuliers, qui répugnent à des dépenses qu'ils considèrent comme complètement inutiles, qu'auprès de l'Administration, qui hésite à poursuivre les délinquants, trop nombreux, malgré les délais accordés pour la mise en œuvre des travaux. Nous pourrions ajouter qu'il n'y a pas de raison pour que soient mieux observées ces prescriptions alors que celles, similaires, du règlement sanitaire pour les bâtiments neufs sont la plupart du temps négligées. Enfin, il ne faut pas oublier que des agglomérations très importantes ne possèdent pas encore de réseaux d'égouts très complets, ce qui est pour le moins fort regrettable tant pour l'esthétique de ces localités que pour la santé de leurs habitants.

B. — Le permis d'habiter.

Le permis de construire délivré, il paraît anormal de ne pas vérifier si la construction terminée correspond ou non au plan approuvé. C'est cependant ce système boiteux qui fut établi en 1902.

Nous avons vu qu'en fait il était délivré peu de permis de construire avant 1935, mais les municipalités pouvaient arguer du manque de contrôle après la construction pour expliquer leur carence. Le décret du 30 octobre 1935, qui a modifié les conditions pour l'obtention du permis de construire, complète la loi primitive en créant le permis d'habiter, complément indispensable du premier : le local terminé ne pourra servir à l'habitation sans que le maire ait contrôlé la concordance entre le projet approuvé et la réalisation. Mais là aussi le maire a la possibilité, par son silence même, de faire réputer accordé le permis d'habiter.

Cela est évidemment très pratique, et l'on peut dire que, dans la presque totalité des cas (exception faite de quelques importantes localités), le permis d'habiter est délivré sans qu'aucune visite domiciliaire ne soit faite. D'ailleurs, si ces visites étaient régulièrement effectuées, il est probable que les particuliers renonceraient à solliciter des permis de construire. Et puis, il faudrait un personnel compétent pour examiner la construction et sa conformité avec les plans; c'est là un travail que les maires préfèrent éviter.

Les intéressés le savent fort bien et se moquent parfaitement des plans approuvés si, en cours de construction, ils désirent les modifier.

Plus nous avançons dans l'étude de la législation sanitaire transposée sur le plan de la réalité, plus nous nous éloignons de la législation elle-même, qui apparaît de plus en plus comme un mythe géant dont on parle parfois, mais dont on ne connaît pas exactement la puissance et qui paraît ne pas se préoccuper de ce que l'on peut faire pour lui.

Les paragraphes suivants seront réservés aux actes individuels de police sanitaire, c'est-à-dire l'exécution de travaux, l'interdiction d'habiter des immeubles insalubres et l'expropriation pour cause d'insalubrité. Nous aurons l'occasion ainsi de constater la distance qui peut séparer un texte de son application effective, plus encore peut-être que nous avions pu nous en rendre compte auparavant.

§ 2. — *L'interdiction d'habiter les immeubles insalubres.*

Les articles 12 à 17 inclus, dans leur rédaction première, prévoyaient que, lorsqu'un bâtiment est dangereux pour la santé publique, le maire, soit de sa propre initiative, soit après une enquête ordonnée par le préfet, peut pren-

dre un arrêté prescrivant l'exécution des travaux nécessaires ou bien portant interdiction d'habiter un immeuble insalubre; une procédure spéciale devait précéder cet acte réglementaire, procédure qui consistait à consulter au préalable les assemblées sanitaires et les intéressés. Un recours non suspensif était ouvert devant le conseil de préfecture dans le mois qui suivait la notification de l'arrêté. Au cas où les travaux n'étaient pas exécutés dans le délai perscrit, le juge de paix pouvait autoriser leur exécution d'office. Lorsqu'il s'agissait d'interdiction d'habiter, en sus d'une amende, le tribunal correctionnel donnait au maire toute latitude pour faire expulser les occupants de l'immeuble. Les frais, évidemment, retombaient sur les délinquants, le paiement en étant assuré par un privilège sur les revenus de l'immeuble. La résiliation des baux pouvait entraîner des dommages-intérêts pour les locataires.

Conformément à l'esprit qui présidait à la rédaction de la loi de 1902, cette réglementation donnait aux municipalités le principal rôle, le préfet n'intervenant qu'à la place du maire défaillant (si toutefois cette défaillance avait pu être officiellement constatée, ce qui était rare, étant donné la non-existence d'un service de contrôle départemental, ou bien l'abstention complète de ce service dans les affaires communales). Les maires n'étaient guère disposés à sévir contre l'insalubrité des immeubles tant ils craignaient d'indisposer les électeurs et aussi parce que le nombre des logis insalubres est tel dans certaines villes et dans les campagnes que la tâche, pour être équitable, devrait s'étendre à la presque totalité des habitations. Ce ne fut donc que dans quelques cas que les maires usèrent de leurs pouvoirs, en ayant en vue trop souvent des buts personnels, vexation d'un voisin ennuyeux, parti pris contre un adversaire politique ou bien favoritisme à l'égard d'un propriétaire désireux d'expulser un locataire (la santé publique a ainsi très souvent servi de prétexte à une foule

d'initiatives avec lesquelles elle n'avait guère de rapports). D'autre part, il existait une procédure très longue dans laquelle intervenaient trop de personnes ou de commissions que les maires avaient intérêt à ne pas voir s'immiscer dans leurs affaires. Bref, on s'abstenait d'agir en vertu de l'article 12, d'autant plus que, grâce au règlement sanitaire (lorsqu'il existait) ou bien en vertu des pouvoirs de police prévus en 1884, il était possible, sans craindre l'apparition de personnages officiels, de parvenir à un résultat similaire (cf. *supra*, p. 64). L'interdiction d'habiter restait d'une application trop délicate pour être employée. Enfin, le maire était paralysé tant par sa situation que par le grand nombre de maisons insalubres et ne savait pas se décider à faire un choix difficile.

Les décrets de 1935 ne changèrent rien à cela, si bien que les articles 12 à 17 demeurèrent un souvenir. Il paraissait pourtant, même aux profanes, que l'habitat, en général, ne correspondait pas aux idées modernes : il y avait encore, malgré l'extension des villes et la construction de nouvelles maisons, d'innombrables taudis, foyers de maladies. De nouvelles mesures devaient donc être élaborées pour parer au plus pressé, malgré les règlements sanitaires.

Le décret-loi du 24 mai 1938 parut enfin, modifiant les articles 12 à 14 pour les villes de plus de 100.000 habitants (dispositions étendues à toutes les communes, quel que soit le nombre de leurs habitants, par la loi du 23 décembre 1941). Nous avons déjà analysé ces textes, nous n'y reviendrons pas, mais nous dirons qu'ils évincent le maire de la procédure, puisque ce n'est plus lui qui constate l'insalubrité, mais l'inspecteur de la Santé : seul, le conseil d'hygiène, sur le plan local, donnera son avis, après avoir entendu les intéressés. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France tranchera le différend qui pourrait survenir entre le préfet et le conseil d'hygiène. Enfin, l'inter-

diction d'habiter sera toujours prononcée, mais à titre provisoire, lorsque des travaux pourront remédier aux causes d'insalubrité, et à titre définitif dans le cas contraire. Le conseil de préfecture n'est plus susceptible de recevoir les recours contre l'arrêté préfectoral, puisque le nouvel article 13 renvoie devant le seul Conseil d'Etat le pourvoi élevé sans que ce retour soit suspensif.

Cette fois, le législateur lui-même a retiré aux maires des pouvoirs que la législation sanitaire constituée au début de ce siècle leur avait conférés. Seulement la procédure n'a pas été simplifiée en même temps, bien au contraire, puisque le Conseil supérieur d'hygiène publique de France peut être consulté et le Conseil d'Etat invité à examiner le pourvoi élevé contre l'arrêté préfectoral. Il n'est certes pas besoin d'attendre le résultat du débat pour exécuter les prescriptions de l'arrêté préfectoral, mais il est bien certain que, pour éviter par la suite des complications fâcheuses, l'autorité locale préférera patienter quelque temps, jusqu'au moment où le Conseil d'Etat aura statué, ce qui demandera évidemment un certain délai. Enfin, il faut que l'inspecteur de la Santé, chargé du contrôle et de l'application de la loi, recherche par lui-même comme il l'entend, les maisons insalubres. Il se heurtera alors à des obstacles multiples, car il est très difficile de faire un choix équitable parmi les immeubles qui seront touchés les premiers par les nouvelles mesures. Dans des périodes où la crise du logement risque d'être dangereuse, comment se risquer à faire expulser des familles comptant parfois un grand nombre d'enfants sans être certain de leur trouver un nouveau foyer ou tout au moins de leur procurer une habitation convenant à leurs moyens pécuniaires.

La procédure est telle, d'ailleurs, qu'il faudra plusieurs mois avant qu'elle aboutisse. On a voulu protéger la santé publique en tenant compte des intérêts particuliers, de propriétaires ou locataires toujours réticents lorsqu'il s'agit

de troubler leurs habitudes ou de faire effectuer des travaux qu'ils estiment simplement confortatifs.

Si bien qu'aucune solution n'a été apportée depuis 1938. On se borne, comme par le passé, à faire exécuter quelques travaux en vertu du règlement sanitaire, puisque la procédure est moins compliquée et ne prévoit pas l'expulsion; on comprendra d'autant mieux, dans ce cas, que de nombreux intéressés aient demandé à maintes reprises, comme nous l'avons déjà dit, que la procédure de l'article 12 soit appliquée aux mesures prises en vertu du règlement sanitaire. Si les tribunaux avaient admis cette prétention, il est probable que les prescriptions du règlement sanitaire, déjà si peu appliquées, auraient encore vu diminuer leur champ d'action.

§ 3. — *L'expropriation pour cause d'insalubrité publique.*

Cette partie de la législation fut à peine entrevue par le texte de 1902 (art. 18) : le maire avait simplement la faculté d'acquérir des immeubles insalubres dans la forme ordinaire de l'expropriation pour utilité publique (loi du 3 mai 1841). Seules, quelques grandes villes, pour des raisons d'esthétique, d'ailleurs, plutôt qu'en vue de la santé publique, employèrent ce texte pour justifier leur action, puisque la procédure elle-même ne changeait pas, quel que soit le motif d'utilité invoqué. Un décret du 24 mai 1938, relatif à la destruction des immeubles et îlots insalubres, institua la procédure spéciale pour les cas d'insalubrité publique. Il s'agissait en quelque sorte de prévoir une procédure plus souple que celle en vigueur ordinairement (24), pour lui permettre une plus grande efficacité.

Il fut donc annexé à la loi de 1902, en sus de l'article 18, les articles 18 *bis*, 18 *ter*, 18 *quater;* l'article 18 *ter* fit

(24) Cf. rapport adressé à M. le Président de la République le 24 mai 1938.

l'objet d'une modification par le décret du 21 avril 1939.

Une procédure plus rapide, des conditions spéciales de paiement de l'indemnité, ont été prévues (cf. 1re partie).

L'article 18 *ter* donne aux conseils municipaux l'initiative des expropriations pour insalubrité publique, parce que les grandes villes seules sont susceptibles d'avoir recours à ces textes.

En fait, il est certain que la procédure reste longue malgré les allégements apportés par les décrets de 1938 et 1939. Nous n'hésitons pas à dire que cette mesure d'expropriation, qui est très rarement appliquée, n'aura jamais grand succès. Encore, lorsque dans quelques grands agglomérations (Paris par exemple), des immeubles et îlots insalubres ont été détruits, il a été indiqué au public qu'il s'agissait non seulement de supprimer des taudis, mais aussi et surtout de donner à la cité un aspect plus moderne et plus attrayant. Bref, on a procédé à des travaux d'embellissement, et, si la santé publique peut s'en trouver améliorée, c'est grande chance, mais les autorités n'osèrent avancer très certainement le but véritablement atteint sinon recherché. Malgré les sommes proposées aux maires pour que soient rendues possibles ces expropriations, les municipalités n'ont nullement le désir d'encourir le verdict de la population. On parlera d'îlots inharmonieux, de verrues dans un quartier élégant ou de jardins à créer dans un centre populeux, et, pour ces diverses raisons, il y aura quelques expropriations, comme cela eut lieu dans la capitale. Mais ces mesures demeureront très localisées.

Tout cela est bien une arme inutilisée dans notre arsenal sanitaire. Nous prierons maintenant le lecteur de bien vouloir poursuivre avec nous cette étude de l'application des textes sur la santé publique en considérant, non plus les prescriptions sanitaires elles-mêmes, mais en examinant l'organisation financière de la législation sanitaire.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION FINANCIERE

L'organisation financière prévue par la loi du 15 février 1902 est assez complexe, le texte législatif ne donnant aucune explication précise (cf. *supra*, 1re partie), si ce n'est que les dépenses résultant du fonctionnement des services de la Santé publique sont réparties entre les trois grandes collectivités : Etat, département, communes, suivant les règles de la loi du 15 février 1893, sur l'assistance médicale gratuite (art. 27, 28, 29, tableau A et B).

Cette partie de la législation sanitaire est effectivement appliquée quant à la répartition des dépenses du service (section II) mais certaines dérogations sont apportées à la loi pour le décompte de ces dépenses (section Ire).

Une troisième section sera consacrée aux recettes.

SECTION PREMIERE

Les dépenses.

Pratiquement, au budget départemental figurent en totalité les dépenses du service départemental de la Santé, et, durant l'année en cours, seul, le département supportera toutes les dépenses. En fin d'exercice, il sera fait une répartition des frais effectivement engagés et alors sera fixée la part des communes et de l'Etat.

Ces dépenses, en théorie, ne devraient comprendre que

celles résultant obligatoirement de la loi, mais, en fait — et c'est fort regrettable en un sens — toutes les dépenses du service de la Santé publique sont prises en considération sans tenir aucun compte de leur origine.

Du moment que la dépense a été engagée par le service d'hygiène, il est généralement admis qu'elle a pour base la loi de 1902. Ceci est une grosse erreur, devenue par la suite une sorte de coutume.

Les communes sont ainsi dans l'obligation de participer à des frais qu'elles ne devraient pas supporter légalement; cette façon de procéder est probablement venue du fait que les services départementaux ont vu leurs attributions s'accroître soit vers des branches annexes à la législation de 1902 (surveillance légale des médecins et pharmaciens, statistiques de l'état civil, législation médico-sociale, etc.), soit vers des activités extraordinaires (ravitaillement des malades). La distinction n'a pas toujours été faite entre les dépenses ordinaires prévues par la loi et les dépenses extraordinaires provenant de cet accroissement de charges.

Ceci est nettement illégal en même temps qu'injuste pour les petites localités, dont les ressources médiocres sont amputées anormalement. Une autre confusion se produit dans la composition des dépenses des services de désinfection : on doit, en principe, différencier les simples dépenses de fonctionnement, qui suivent la règle générale de répartition, et les dépenses d'organisation, qui comprennent les dépenses de première organisation ou les acquisitions de matériel permanent et de grosse importance (étuve, motocyclette, etc.) effectuées en cours de fonctionnement. Ces frais ne devraient pas être imputés, même partiellement, aux communes, mais répartis entre l'Etat et le département. Ceci est rarement mis en application, et ce seront encore les communes qui feront les frais de cette confusion.

Dès 1907, dans une circulaire datée du 29 janvier, l'Ad-

ministration centrale avait mis en garde les préfets contre cette façon d'agir :

« Il est d'ailleurs bien entendu que, seules, les branches du service organisées et fonctionnant conformément à la loi du 15 février 1902 peuvent donner lieu, pour le règlement des dépenses y relatives, à la répartition prévue par son article 26. Il en résulte notamment que les dépenses afférentes à des parties du service dont l'organisation ou le fonctionnement seraient soit irréguliers, soit insuffisants, soit même, inversement, inutiles ou disproportionnés avec le but à atteindre ne sauraient être considérées comme justifiant de la qualité de « dépenses rendues nécessaires par la loi », dans les termes de l'article 26, et, en conséquence, seraient laissées à la charge du département. C'est la conformité aux prescriptions de la loi ainsi qu'à celles de la réglementation rendue pour son application qui donnera ouverture au droit à la répartition, et la constatation de cette conformité fera l'objet de la part de mon administration, sous réserve des décisions à intervenir, s'il y a lieu, de la part du Conseil d'Etat, juge en dernier ressort, du caractère de nécessité des dépenses (art. 26) d'un contrôle préalable, qui aura pour effet de n'admettre au bénéfice de la répartition financière que les dépenses des services qui satisferont aux prescriptions dont il s'agit. »

L'avis, nécessaire sans nul doute, ne devait guère être suivi, mais qui songerait maintenant à s'en plaindre réellement tant l'habitude en est prise, puisque les communes, principales intéressées, ne s'en préoccupent pas ? Et, de ce fait, le budget départemental est soulagé, ce qui n'est pas sans avantages.

Enfin, il faut noter que dans ces frais ne doivent pas figurer ceux engagés par les bureaux municipaux d'hygiène, ces dépenses étant communales et faisant ensuite l'objet d'une répartition particulière entre l'Etat, le département et la commune intéressée.

SECTION II

La répartition de ces dépenses.

Deux circulaires, celle déjà indiquée du 29 janvier 1907 et une seconde du 23 avril de la même année, ont donné toutes les indications nécessaires, que l'on applique en général (avec quelques mois de retard, mais cela est, à la vérité, peu important).

Nous allons essayer de préciser de quelle manière cette répartition est faite : dans ce but, nous considérerons les deux cas qui, en réalité, peuvent se présenter : ou bien le département possède sur son territoire une ou plusieurs communes, sièges d'un bureau municipal d'hygiène, ou bien il n'existe dans le département envisagé aucun bureau d'hygiène.

1° Dans ce dernier cas (le plus simple), il est fait un total des dépenses réellement engagées durant l'exercice terminé pour le compte du service départemental d'hygiène, dépenses qui sont réparties entre différentes rubriques ou états : assemblées sanitaires, vaccines, épidémies, désinfections, service d'inspection et de contrôle (états n°s 1 à 5 inclus). Un état spécial n° 7 fait ressortir les frais d'organisation au service de désinfection; un état n° 6 récapitule les dépenses portées sur les états 1 à 5, à l'exclusion de celles figurant sur l'état n° 7.

Les états ainsi remplis sont contrôlés par l'Administration centrale pour la forme plutôt que pour le fond et retournés ensuite au département de façon assez rapide, d'ailleurs.

Le total des dépenses figurant sur l'état n° 6 va faire l'objet du contingent de la Santé publique et d'une répartition entre les trois collectivités : à cet effet, on recherche le quotient par habitant en divisant le total des dépen-

ses et l'état n° 6 par le nombre de personnes officiellement recensées dans le département. Ce quotient sera ensuite multiplié par le nombre d'habitants de chaque commune, et donnera pour chacune d'elles la somme correspondant proportionnellement à sa population; c'est cette somme qui fera l'objet de la répartition entre l'Etat, le département et la commune, suivant les articles 27, 28 et 29 et les tableaux A et B de la loi du 15 juillet 1893. Ces tableaux fixent : le premier, le pourcentage qui sera versé par la commune; le deuxième, la répartition entre l'Etat et le département du reliquat de la somme ainsi couverte par la municipalité. Ces pourcentages varient suivant les centimes communaux et départementaux, d'après le barème des tableaux A et B.

En résumé, une somme ayant été déterminée pour chaque commune suivant le chiffre de sa population, les localités devront verser, conformément au tableau A, une partie de cette somme, le reliquat étant ensuite partagé entre l'Etat et le département suivant le tableau B.

Le total des sommes dues par l'Etat deviendra par la suite un titre de recettes pour le budget départemental, de même que les sommes dues par chaque commune.

Quant aux sommes inscrites sur l'état 7 pour les dépenses d'organisation du service de désinfection, elles feront l'objet d'une seule répartition entre l'Etat et le département conformément au tableau B.

2° Les calculs sont plus complexes lorsqu'il existe dans le département une ou plusieurs villes possédant un bureau d'hygiène. Dans ce cas, on doit différencier, d'une part, les dépenses du service départemental (états n°s 5, 6 et 7) et les dépenses des bureaux municipaux d'hygiène qui figurent sur l'état n° 8, lesquelles se décomposent ensuite en état n° 10, comprenant les dépenses d'organisation du service municipal de désinfection, et en un état n° 9, comprenant les autres dépenses.

Nous dirons tout de suite que les dépenses d'organisation du service de désinfection sont supportées conjointement par la commune et l'Etat, seulement le département n'y prend aucune part.

Les dépenses figurant sur l'état n° 9, c'est-à-dire les dépenses de chacun des bureaux municipaux d'hygiène, seront réparties entre l'Etat, le département et la commune intéressée suivant les tableaux A et B, que nous avons déjà signalés.

Mais ces communes, malgré qu'elles possèdent un service municipal, profitent également du fonctionnement du service départemental, aussi doivent-elles participer aux dépenses de ce service, sauf toutefois pour les dépenses de fonctionnement du service de désinfection départemental. La commune dirigeant une organisation semblable, il est certain que sa contribution aux dépenses pour le fonctionnement du service départemental ne serait pas justifiée. Aussi, avant de calculer la part des communes où siègent des bureaux municipaux d'hygiène, au regard des dépenses départementales, il est soustrait de ces dépenses les sommes relatives au fonctionnement du service de désinfection départemental; le nouveau chiffre ainsi trouvé fera l'objet de la triple répartition suivant les règles indiquées plus haut pour les communes du département où ne se trouvent pas de bureaux d'hygiène, c'est-à-dire qu'après avoir recherché la part proportionnelle de la population de chaque commune intéressée, on procédera à la répartition suivant les tableaux A et B. Il s'agira ensuite d'établir le contingent pour les autres communes du département. A cet effet, il faudra tout d'abord considérer le total des dépenses départementales, y compris les frais de fonctionnement du service de désinfection, que l'on avait déduites pour le calcul des parts des bureaux municipaux d'hygiène. De ce total, il faudra déduire les sommes qui sont portées au compte de ces communes par les calculs précédemment

effectués; ces sommes, en effet, ne doivent plus figurer sur le contingent ordinaire, puisqu'elles font l'objet d'une répartition différente.

Il est alors calculé un nouveau chiffre par habitant, mais en tenant compte de la population du département, celle des bureaux municipaux d'hygiène étant exclue. Par la suite, les calculs sont semblables à ceux que nous avons expliqués pour les départements où il n'existe pas de bureaux municipaux d'hygiène. Il y aura donc trois phases dans l'établissement du contingent pour les départements où siègent un ou plusieurs bureaux municipaux d'hygiène :

1° Répartition des dépenses propres aux bureaux municipaux d'hygiène entre les communes intéressées, l'Etat et le département.

2° Calcul des parts des bureaux municipaux d'hygiène dans les dépenses du département, calcul portant sur les dépenses départementales autres que celles du fonctionnement du service de désinfection.

3° Etablissement du contingent pour les autres communes. Les dépenses envisagées sont celles du département, y compris celles du fonctionement du service départemental de désinfection, à l'exclusion des sommes obtenues dans la phase précédente. La répartition portera sur le chiffre d'habitants recensés dans le département, à l'exclusion de la population des bureaux municipaux d'hygiène.

SECTION III

Recettes.

Il est trois sortes de recettes qui doivent venir en remboursement des dépenses effectuées soit sur l'exercice en cours, soit sur l'exercice passé.

1° Les taxes de désinfection, établies suivant un taux

différant dans chaque département d'après le règlement du 10 juillet 1906, sont recouvrées à la suite des opérations de désinfection et figurent sur l'exercice de l'année en cours en titres de recettes et doivent être déduites des dépenses figurant au contingent. Ces taxes, en général fort anciennes, ne correspondent plus à la valeur actuelle de la monnaie, ce qui en diminue l'importance. En outre, les indigents sont dispensés de les acquitter, et, malgré leur modicité, nombreuses sont les personnes qui refusent de les payer, sous des prétextes divers, si bien que l'état des prévisions est la plupart du temps supérieur à la somme réellement encaissée.

2° Les participations de l'Etat et des communes figurent sur le budget de l'année suivante en recettes sur les dépenses effectuées l'an passé. Il ne peut en être autrement, puisque nous avons vu que les participations sont fixées en fin d'exercice. Ces recettes ne devront pas venir en déduction sur les dépenses considérées pour le contingent, au contraire des taxes de désinfection.

La participation de l'Etat est ordonnancée, en général, par le ministre intéressé, vers la fin de l'année, où la somme est portée en recettes. Quant au contingent communal, il n'est pas rare que certaines communes négligent de le payer, ce qui crée quelques ennuis aux services financiers départementaux. Mais il faut bien considérer que ces recettes, même acquittées avec retard, sont assurées, alors que les taxes de désinfection restent très aléatoires, comme d'ailleurs toute contrepartie d'un service obligatoire, lorsqu'il est prévu des exceptions pour le paiement, exceptions dans le cadre desquelles chacun voudrait entrer.

TITRE II

L'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902 SON EFFICACITE

L'efficacité d'une législation, avons-nous indiqué, dépend de l'application plus ou moins rigoureuse des pénalités qui la sanctionnent.

L'étude que nous avons faite de l'application effective de la loi du 15 février 1902 ne peut guère laisser de doute sur le rôle des pénalités dans le domaine de la réglementation sanitaire.

Le décret du 30 octobre 1935 (cf. *supra*, p. 28), sur la protection des eaux potables, a bien essayé de compléter les sanctions primitives pour tendre vers une plus grande efficacité des dispositions pénales sanitaires. On a voulu réprimer plus sévèrement certains délits commis avec l'intention de nuire à la santé publique.

En fait, ces dispositions deviennent inutiles, car il semble s'être conclu un véritable accord tacite entre les intéressés, aussi bien délinquants qu'agents chargés de réprimer les faits délictueux.

Ainsi, à part des exceptions extrêmement rares, il ne sera jamais pris de sanctions à l'égard des personnes coupables de délits prévus par la loi du 15 février 1902, dans quelque ordre d'idée que l'on se place : déclaration des maladies contagieuses, vaccinations, permis de construire ou de bâtir, ou simplement l'application des règlements sanitaires.

Médecins ou particuliers semblent immunisés contre toutes attaques de l'Administration et de la magistrature. Certes, les pénalités envisagées sont bien légères (cf. *infra*, p. 173), mais il est un autre fait plus grave : ces pénalités ne sont pas appliquées non point parce que leur inefficacité serait reconnue, mais bien parce que ceux qui sont chargés de les prononcer, ou plutôt de les faire prononcer, s'abstiennent de toute action qui entraînerait une contravention.

On pourrait répondre qu'il serait difficile, cependant, d'appliquer correctement les peines prévues par la législation sanitaire, car elles devraient être prises à l'encontre d'un très grand nombre de personnes; ce n'est là qu'une solution paresseuse, garantissant la quiétude de l'Administration, mais, en vérité, l'on veut éviter de porter atteinte à la population, franchement hostile à toute action d'hygiène publique. Alors, puisque le public refuse de se soumettre volontairement aux lois malgré son intérêt, il serait complètement illogique de ne pas sanctionner sans pitié les manquements à des règlements qui ont pour but la santé publique. Par contre, sûrs de leur impunité, les individus n'hésiteront pas à refuser une obéissance dont ils ne comprennent pas d'eux-mêmes l'utilité : il faudrait user de sanctions légalement prévues sans biaiser, sans considérer des vues particulières.

TROISIÈME PARTIE

EXAMEN CRITIQUE DE L'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FÉVRIER 1902 modifiée et complétée.

Après avoir examiné les textes législatifs et leur application au double point de vue de l'efficacité et de l'effectivité, il sera nécessaire de rechercher plus profondément les raisons de cette application.

La santé publique, avons-nous dit, est pour la grande partie des Etats une question vitale qui ne doit pas être négligée. Or, en France, à l'heure actuelle, il est net que la santé publique est mal protégée et que notre pays se trouve être très en retard dans ce domaine.

Cette non-application, à notre avis, résulte de trois causes :

Tout d'abord, les textes législatifs portent en eux-mêmes les germes d'une non-effectivité et d'une non-efficacité;

L'administration sanitaire, non seulement n'apporte aucune aide à ses textes, mais encore en entrave l'application et en diminue l'efficacité;

Enfin — et cela nous paraît être la pierre d'angle chancelante de l'édifice, sur laquelle il est impossible d'appuyer solidement la bâtisse de 1902 et d'édifier toute construction nouvelle — nous voulons parler de l'opinion publique, qui, en France, sape depuis longtemps l'application effective d'une réglementation sanitaire. Ce *modus vivendi*, d'ailleurs, ne pourra cesser tant que l'Autorité centrale ne sera pas mieux armée pour lutter contre cette opposition sinon active, du moins passive.

CHAPITRE PREMIER

LA LEGISLATION, SOURCE DE LA NON-EFFECTIVITE ET DE LA NON-EFFICACITE DE SON APPLICATION

§ 1er. — *Entre 1902 et 1935.*

Dès sa naissance, la législation sanitaire du 15 février 1902 eut des admirateurs, mais aussi elle fut l'objet de maintes critiques dénonçant son inefficacité. Pour certains, c'était là un mort-né, un enfant non viable, qu'avait conçu en vingt ans un Parlement où s'entre-choquaient les opinions les plus diverses sur la santé publique.

En 1902, ces critiques parurent exagérées, car cette organisation, si boiteuse fût-elle, possédait une supériorité incontestable sur ce qui se faisait alors à l'étranger. De plus, les progrès de la science et de la médecine n'avaient pas encore atteint le sommet où nous les voyons aujourd'hui. Bref, on peut dire que l'enfant était bel et bien viable, mais ses parents n'ont pas eu à se féliciter outre mesure de sa naissance : quelques infirmités apparentes ou cachées constituaient des tares qu'il aurait importé de faire disparaître le plus tôt possible.

De nombreux auteurs (1) ont traité cette question de 1902 à 1910. Nous n'y reviendrons pas, parce que la situation s'est modifiée et qu'il s'agit maintenant de considérer la législation sanitaire dans le cadre de l'actualité. Un enfant

(1) Cf. *supra*, p. 10.

doit non seulement vivre, mais aussi grandir, s'adapter aux moments de sa vie. La loi de 1902 n'a pas grandi, elle est restée en enfance, alors que le monde évoluait. On a voulu depuis 1935 redresser ses membres défectueux et raccommoder tant bien que mal son costume, mais l'on n'a pas remédié à son défaut de croissance, et il est difficile à présent de l'adapter aux exigences de l'heure. La loi de 1902 n'est plus maintenant, sans avoir subi aucune évolution, si ce n'est quelques modifications, qu'une vieille dame surannée qui se réveille dans un monde nouveau où elle est complètement dépaysée.

Il est parfaitement inutile de vouloir conserver ainsi un texte ancien que l'on modifie bribe par bribe et autour duquel on construit toute une législation dont le noyau est pourri :

Lois d'assistance, Code de la famille, Lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, Protection maternelle et infantile, Contrôles médicaux, scolaire et sportif, et tant d'autres questions qui sont amalgamées à une première enceinte dont les murs sont vacillants et transmettent leur équilibre instable à tout le reste de la construction.

§ 2. — *Actuellement.*

Cependant, même dans l'état actuel de la science et des données modernes de l'hygiène, il faut reconnaître qu'il y a encore dans la loi de 1902 des prescriptions d'une valeur incontestable : déclaration des maladies contagieuses, prophylaxie par la désinfection et la vaccination, règlement sanitaire, mais il est absolument nécessaire d'y apporter des modifications appréciables pour mettre en concordance les lois et la science et obtenir un résultat sur le plan pratique.

Il est aussi des articles d'une lamentable vétusté,

comme cette organisation administrative qui laisse encore une trop grande place aux organismes consultatifs locaux, qui, en fait, n'ont d'autre rôle que d'apporter un retard considérable dans l'examen des dossiers et de paralyser les initiatives des médecins-inspecteurs ou de leurs services. Il est inutile, nous semble-t-il, de maintenir ces assemblées composées de personnes qui n'ont parfois que des rapoorts éloignés avec la santé publique.

Nous avons dit déjà ce que nous pensions de la place réservée aux maires dans la réglementation sanitaire.

Il faut absolument que cesse cette dualité entre les autorités municipales et les autorités départementales, qui se heurtent continuellement à une opposition systématique ou tout au moins passive des maires.

Nous voulons ignorer également la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, dont le rôle est parfaitement nul tant en théorie qu'en pratique au regard de l'hygiène publique.

Dans un autre ordre d'idées, nous dirons qu'il est parfait de vouloir détruire des immeubles insalubres ou bien d'ordonner qu'ils ne seront plus habités, mais il serait auparavant fort utile de prévoir des logements pour les familles expulsées, souvent sans ressources, bien que ce ne soit pas une règle générale. S'il est avéré qu'une construction est nuisible à la santé publique, pourquoi mettre en marche une procédure complexe, longue, qui peut être révisée ou annulée ? L'intérêt général doit, de toute évidence, être placé au premier plan, et les procédures d'expropriation ou d'expulsion pour cause d'insalubrité sont telles qu'il est très rare, comme nous l'avons dit, que l'on y recoure. Ces textes sont donc complètement inefficaces, et cependant il y a tant de taudis à la ville comme à la campagne, tant de familles honteusement logées, qu'il faudrait organiser la lutte très sévèrement, et non pas seulement constituer des dossiers poussiéreux que l'on oubliera.

Une expropriation ordinaire pourra subir ces délais, mais la santé publique ne peut se contenter de telles tergiversations, le législateur devrait s'en souvenir. Peu importe si quelques personnes peuvent être lésées dans leur intérêt particulier si, par ailleurs, un grand nombre d'autres bénéficieront d'une mesure nécessaire pour l'amélioration de leur existence.

Dans cette législation de 1902, il est, enfin, une partie dont la faiblesse doit faire l'objet de critiques sans restrictions : nous voulons parler de cette partie de la loi édictée tout particulièrement en vue de son efficacité, c'est-à-dire des pénalités qui seraient imposées en cas de contravention.

Les sanctions prévues par la loi du 15 février 1902 sont manifestement insuffisantes. Malgré les aggravations apportées en 1935, la peine principale (cf. *supra*, p. 36 et suiv.) reste l'application de l'article 471 du Code pénal, c'est-à-dire une amende de 1 à 5 francs, qui, avec les décimes, n'atteindra pas 15 à 70 francs. La dépréciation de notre monnaie depuis 1918 et surtout depuis 1940 a rendu ces pénalités bien illusoires. Les législateurs auraient dû établir un système de sanctions appliquées sans faiblesse. Alors qu'actuellement des larcins certes répréhensibles, mais qui ont sur la société une répercussion bien moins grande que les infractions aux lois sur la santé publique, sont très sévèrement punis par les tribunaux, les délinquants au titre de l'hygiène publique, lorsqu'ils ne connaissent pas une immunité totale, supportent aisément des amendes dont la modicité ne peut être le garant d'une non-récidive et de l'efficacité de la législation.

Si l'opinion publique doit être avant tout éduquée, il ne faut pas craindre de frapper impitoyablement ceux qui, sciemment, portent tort à la société dans sa vie même autant que dans la vie de l'individu, ce que l'on oublie trop fréquemment.

§ 3. — *Conclusions.*

Il est donc indéniable, dans ces conditions, que la non-application de la législation sanitaire trouve une de ses causes dans sa constitution même. Une réforme s'impose, et, si nous ne l'envisageons pas ici dans le détail, nous voulons préciser qu'il s'agira bien d'une réforme complète; il faudra tout détruire pour rebâtir des textes cohérents : toutes les modifications et adjonctions que l'on pourra faire demeureront stériles. Il est certain que l'on ne peut pas reconstruire sur des ruines, mais que la bâtisse neuve doit s'ériger sur un terrain neuf, d'après les données les plus récentes de la science et l'expérience acquise depuis 1902. Le projet de cette réforme a déjà été admis, puisqu'un décret du 30 octobre 1935 (cf. *supra*, p. 9) a indiqué le plan d'un Code de la santé publique. Mais comme il faut remplir le cadre plus avec des matériaux nouveaux qu'avec les plâtres récupérés, la législation a reculé sans nul doute devant la tâche, préférant effectuer quelques réparations et colmater des lézardes trop apparentes.

Aussi risquons-nous de voir les lois sanitaires et surtout la prophylaxie contre les maladies contagieuses demeurer longtemps encore lettre morte en France. Les statistiques le prouvent : les maladies contagieuses, et notamment la tuberculose, existent en très grand nombre, et encore les chiffres fournis sont-ils bien en dessous de la réalité, si l'on envisage la façon dont les docteurs déclarent les malades qu'ils soignent (cf. *supra*, p. 95 et suiv.) (2).

(2) Proportion pour 100.000 habitants de la mortalité par tuberculose.

	France	Etats-Unis	Hollande	Danemark	Angleterre	Allemagne	Italie
1906 ...	222	189	178	164	165	187	166
1921 ...	193	99	127	97	113	136	142
1932 ...	141	63	64	69	83	75	104
1934 ...	128	56	54	57,9	76	71,9	92
1935 ...	—	—	52,4	51,4	71,8	—	—

CHAPITRE II

L'ADMINISTRATION, CAUSE DE LA NON-APPLICATION EFFECTIVE ET EFFICACE DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902

Au cours de l'exposé que nous avons fait de l'application effective de la loi de 1902, nous avons relaté en maints endroits la carence de l'Administration en matière sanitaire. Nous essaierons maintenant de faire une synthèse de ces divers griefs, pour en former une critique cohérente ; nous distinguerons dans ce but l'administration municipale et l'administration préfectorale (cette dualité dont nous avons déjà indiqué les défauts).

§ 1er. — *L'administration municipale.*

L'administration municipale peut être entendue soit au sens d'un bureau municipal d'hygiène, soit au sens de municipalité chargée des pouvoirs de police sanitaire. En théorie, la différence est fort grande, mais, en réalité, les résultats demeurent inchangés. Car le maire ayant sous son autorité le bureau d'hygiène, les mêmes causes seront à la base de sa non-intervention, c'est-à-dire jusqu'en 1940, le fait que le maire, personnage élu, tient à ne pas déplaire à ses électeurs par des mesures qui, à coup sûr, les incommoderaient. Depuis 1940 (loi du 16 novembre 1940), la plupart des maires sont nommés par le Chef de l'Etat, ou le préfet, l'élection demeurant, en principe, pour

de petites localités. Cependant des causes nouvelles sont nées des circonstances, notamment les municipalités sont surchargées de besogne et négligent ce qu'elles ont toujours négligé : la santé publique. Il faut ajouter que les maires actuellement en fonction, dans l'espoir du retour à la législation antérieure, agissent de façon à se préparer une majorité de voix, le cas échéant, et, évidemment, la législation sanitaire supporte souvent les frais de cette campagne électorale anticipée.

Tout cela, avons-nous vu, a amené certains départements à éliminer les maires de l'administration sanitaire, autant qu'il a été possible et chaque fois que la loi le permettait de façon implicite. Cette méthode serait à généraliser : à l'échelon local, la Santé publique doit être l'apanage de personnes qualifiées qui n'auront d'autres raisons d'être dans l'administration sanitaire que l'application des lois sur la santé publique. Il y aurait, nous en sommes sûr, un emploi certain du temps pour ce personnel spécialisé : qu'avons-nous à faire en cette manière d'agents des ponts et chaussées, de retraités de chemins de fer, dirigés par un secrétaire de mairie dont nous ne contesterons pas l'activité, mais qui, manifestement, ne doit pas être placé à la tête des services locaux de salubrité.

§ 2. — *L'administration départementale.*

L'administration départementale, longtemps inexistante (puisque le texte primitif ne l'avait pas rendue obligatoire), est encore dans de nombreux départements dans sa phase de départ, avec les tâtonnements que cela comporte.

Certes, les services préfectoraux, ayant à leur tête un médecin inspecteur de la Santé, fonctionnent actuellement dans toute la France, mais les médecins fonctionnaires manquent de pouvoirs effectifs pour imposer les prescrip-

tions sanitaires. Ils sont désarmés en face de la passivité des maires auxquels ils s'adressent.

Si les magistrats municipaux sont encombrés de multiples besognes, nous avons vu que les médecins inspecteurs de la Santé possèdent plus de trente attributions, qui, pour être correctement supportées devraient être réparties entre un nombreux personnel, comprenant non seulement des employés préfectoraux, mais aussi des personnes qualifiées capables de seconder le chef de service. Or, les services départementaux de la Santé sont, en général, munis d'un nombre restreint de personnel, recruté sans aucune condition de connaissances spéciales. Dans un grand nombre de départements, ont été créés des offices d'hygiène sociale, qui, sous la direction de l'inspecteur de la Santé, s'occupent de toutes les questions médico-sociales placées en dehors du cadre de la loi du 15 février 1902, mais figurant au Code de l'hygiène publique du 30 octobre 1935.

Il faut remarquer aussi que l'Administration possède ses méthodes propres de travail, et l'importante machine administrative, de par ses attributions, nécessite un fonctionnement particulier qu'il ne nous appartient pas de juger. Il nous apparaît seulement que ce fonctionnement n'est pas celui qui conviendrait à l'administration de la Santé publique.

Il faudrait, en notre matière, une méthode différente de la méthode officielle, caractérisée par la lenteur, alors que les questions sanitaires doivent pouvoir être examinées et solutionnées rapidement.

Dans la confusion qui est faite de ces deux sortes de procédés, naissent chaque jour des entraves à l'application de la législation sanitaire, et cela n'est pas sans inconvénient. Il faudrait admettre chaque fois qu'il se présente un texte législatif douteux que la solution la plus rapide la plus simple aussi, mais la plus efficace, doit être envi-

sagée dans l'intérêt de la santé publique, procédure absolument contraire à la coutume administrative, qui a pour principe de temporiser, le temps étant souvent un remède à la solution de problèmes délicats. Cela peut être parfait pour certaines affaires, mais nous répéterons encore que, dans l'intérêt de la santé publique, de telles choses sont inadmissibles : il faut d'abord sauver les vies humaines, éviter la propagation des maladies, détruire les foyers d'infection.

Il faut agir vite, et non discuter autour d'un texte qui, même serait-il parfait, ne peut tout prévoir : l'initiative personnelle doit alors avoir libre cours et ne pas se heurter à des préjugés démodés. Il serait aussi nécessaire d'éduquer tout spécialement le personnel des services départementaux de la Santé, pour qu'ils comprennent la valeur de leur activité. Si cette éducation n'est pas faite, il sera impossible d'obtenir des résultats satisfaisants, et surtout de faire preuve d'initiative dans l'application des mesures sanitaires.

Au point de vue de l'efficacité de la législation, il faudrait que les autorités chargées de dresser des contraventions n'hésitent pas à user de leur pouvoir.

Au lieu de cela, règne un déplorable laisser-aller, aucune pénalité n'étant appliquée, si bien que le public peut librement satisfaire ses fantaisies (et elles sont souvent de très mauvais goût dans le domaine de la santé publique).

Cela nous amène maintenant à examiner la troisième cause de la non-application de la loi du 15 février 1902.

CHAPITRE III

L'OPINION PUBLIQUE, FACTEUR DE LA NON-APPLICATION DE LA LEGISLATION SANITAIRE DE 1902.

Nous touchons maintenant au fond même des raisons qui expliquent les difficultés que l'on rencontre en France pour l'application des lois sanitaires. Quel que soit le rang social et les moyens d'existence de la population, l'opinion publique, à des titres divers, est presque entièrement défavorable à toutes les prescriptions sanitaires, et cela aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

Nous allons examiner cette question sous l'angle des diverses modalités de la loi pour la lutte contre les maladies contagieuses ou contre le taudis.

A. — Le règlement sanitaire.

Le règlement sanitaire ne peut être appliqué justement en raison de l'opposition que forment les propriétaires, locataires, fermiers ou ouvriers contre les mesures d'assainissement édictées dans les règlements. Le taudis est roi, avons-nous dit, et nous le répétons, malgré qu'il soit vraiment affligeant de faire une telle constatation. Même chez des personnes aisées, il est coutumier d'habiter un logement où règne la saleté et le désordre, tant il semble que l'on se complaise dans un certain bas-fond, d'où il est presque impossible de tirer ceux qui y vivent. Si souvent les apparences répondent à la réalité, il est aussi des cas où l'œil est grossièrement trompé par une façade qui

cache un spectacle, véritable plaie au milieu du xx[e] siècle. Il ne faut pas que l'on nous réponde que la misère est à la base de cet état de choses. Il est bien vrai qu'elle n'y est pas étrangère, mais nous dirons aussi qu'il suffit de pénétrer dans certaines familles qui gagnent sinon largement, du moins suffisamment leur vie, pour constater que la misère n'est pas toujours une excuse valable. A la campagne, notamment, nous avons pu constater combien, chez des paysans à nul doute très aisés, l'habitation de l'homme était bien inférieure à celle réservée au bétail dans certaines fermes modernes. Il ne faut pas croire que ces habitudes disparaîtront bientôt. Actuellement, il est encore dressé des plans de villas modernes où les water-closets ont leur entrée dans la cuisine, ou bien il est envisagé une habitation en sous-sol. Comment donc faire accepter, sinon par la force, une réglementation de l'habitat?

B. — Les vaccinations.

La vaccination antivariolique connut dans ses débuts un mépris absolu; ce n'est que peu à peu que, les effets pratiques se faisant sentir, l'habitude de subir cette vaccination fut adoptée, mais encore, il s'agit seulement d'une simple incision externe sans aucune réaction et dont l'efficacité a été toujours reconnue.

Au contraire, nous avons vu que la vaccination antidiphtérique comporte trois injections sous-cutanées qui peuvent donner lieu à quelques réactions : aussi l'opposition est presque générale tant de la part du Corps médical que des parents, et, comme la preuve de son efficacité n'est pas encore faite, il est difficile de convaincre le public. Il faudra probablement de nombreuses années pour réussir, mais cela sera certainement bien plus long que dans le cas de la vaccination antivariolique. Le public répugne à cette médecine qui consiste à injecter les médicaments par la voie

intramusculaire, lorsque la santé n'est pas en danger immédiat.

C. — La prophylaxie des maladies contagieuses. La déclaration obligatoire et la désinfection

Une des causes de la non-déclaration des maladies contagieuses réside, comme nous l'avons dit, dans l'opposition des malades et de leur entourage. Pour éviter la divulgation d'une maladie que l'on veut garder cachée (si en fait cela pouvait être fait), on demande au médecin de ne pas déclarer le cas et on lui fait comprendre que, s'il passe outre, un confrère serait tout disposé à le remplacer. Le Corps médical, en général, résiste peu à ces menaces, et les déclarations ne sont pas faites.

Le public devrait pourtant comprendre qu'un mal inconnu est toujours très dangereux pour les autres : comment empêcher une contagion si l'on ignore qu'elle est susceptible de se produire. On veut aussi éviter une hospitalisation possible, suite normale de la déclaration depuis le décret du 4 octobre 1939 (cf. *supra*, p. 39 et suiv.). La peur de l'hôpital est si grande que le fait même de vouloir appliquer la loi aurait pour résultat immédiat non plus une suppression partielle, mais presque totale des déclarations.

Or, est-ce que les soins convenables seront toujours donnés à domicile dans des conditions d'asepsie et d'antisepsie suffisantes? Est-ce qu'il sera procédé par la famille à la désinfection en cours? (Nous ne parlerons pas de la part qui incombe aux agents de désinfection, puisqu'ils n'agissent pas la plupart du temps.) A part quelques exceptions, il est certain que les mesures les plus élémentaires d'hygiène ne sont pas prises autour des malades, ce qui contribue grandement à la contagion de toute une famille. Et pourtant de nombreuses personnes n'hésitent pas à refuser les soins des assistantes sociales, soins qu'elles considè-

rent comme inutiles, « sachant ce qu'elles ont à faire ». Si nous dépassons le cadre même de la loi de 1902, les faits restent les mêmes, et nous sommes persuadé que les médecins chargés de la protection maternelle et infantile, par exemple ne nous contrediront pas.

D. — Les mesures concernant les immeubles.

L'opinion de la population à l'égard des mesures légales qui peuvent être prises à l'encontre des immeubles n'est guère différente de celle qui s'oppose à l'application des règlements sanitaires, puisqu'en fait il s'agit de rendre salubre un immeuble ou tout au moins d'en interdire l'habitation.

Le sort réservé aux règlements est donc celui qui attend l'application des articles 12 à 18 *quater*, dans la mesure où les autorités voudront en user.

Ainsi, l'opinion publique est l'ennemie principale de la santé publique, ce qui revient à dire que les individus agissent contre eux-mêmes, pusqu'ils sapent leur santé et celle de leurs voisins : il faudrait une autorité assez ferme pour éduquer la population tout en lui imposant les mesures nécessaires, mais est-ce que la loi de 1902 est bien indiquée pour cela? Nous ne le croyons vraiment pas.

CONCLUSION

Nous sommes au terme de l'étude que nous nous étions proposé de faire sur l'application de la législation sanitaire de 1902, diversement modifiée. Nous nous sommes efforcé de faire ressortir les défauts de cette application et les causes qui empêchent les lois d'être effectivement et efficacement appliquées.

Si parfois nous avons envisagé les modalités susceptibles de remplacer les textes ou les pratiques en vigueur, nous n'avons pas eu la prétention de poser les plans d'une réforme de la législation. Ceci n'avait pas sa place en cet ouvrage et pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une autre étude, car la question est importante. Cependant, à la fin de l'examen que nous avons entrepris, il sera utile, nous semble-t-il, de rassembler en matière de conclusion les suggestions éparses dans les chapitres de cet ouvrage, simple schéma pour une construction future :

Il est absolument nécessaire de faire du neuf, après avoir déblayé le terrain des vieilleries qui l'encombrent; les textes nouveaux devront comprendre en une sorte de code tout ce qui a trait à la santé publique, d'après les plus modernes données de la science. A la place d'une législation entassée autour d'un noyau vite étouffé, il faudra que chaque partie de la réglementation puisse, non pas vivre par elle-même, mais avoir une sorte d'autonomie.

Ceci est indispensable pour que la réglementation soit cohérente et effective. Cette question avait été ébauchée

par le Code de l'hygiène élaboré en 1935, qui ne fut jamais réalisé.

En même temps que sera mise en application la législation nouvelle, il devra être fait une réforme de l'administration sanitaire, de telle sorte qu'il ne subsiste plus qu'une administration départementale avec des rameaux dans les diverses parties du département, mais cette administration devra être indépendante, pour qu'elle puisse prendre rapidement les initiatives nécessaires; le recrutement du personnel sera également amélioré, et il ne devra pas craindre de faire preuve d'énergie en appliquant régulièrement des sanctions assez fortes pour avoir une réelle valeur.

C'est donc une administration déconcentrée en même temps que centralisée qui nous paraît le plus favorable pour l'administration sanitaire.

Enfin, il sera absolument nécessaire de procéder à l'éducation de l'opinion publique, de chercher à convaincre la population de l'utilité qu'il y a pour elle à se soumettre à des lois d'intérêt général autant que particulier. Il faudra lutter sans pitié contre les difficulés rencontrées, car ce n'est qu'après un certain temps que les mauvaises habitudes cesseront.

Dans la mesure où il est possible de s'assurer leur concours efficace, les médecins seront appelés à collaborer à l'œuvre de redressement sanitaire, mais il sera bon auparavant d'indiquer au Corps médical l'importance du rôle qu'il aura à jouer.

Ce sont surtout les assistantes sociales et les infirmières-visiteuses, qui, habituées à pénétrer dans tous les milieux, seront les propagandistes par excellence et pourront convaincre par leur exemple le public de la valeur des lois sanitaires. En même temps, il lui sera inculqué que l'hygiène dans la société n'est ni un luxe, ni un épouvantail, mais bien une nécessité à laquelle tous doivent se plier,

tant dans l'intérêt de la collectivité que dans l'intérêt de chacun.

Alors seulement la législation sanitaire pourra être véritablement effective et efficace.

Vu : *Le Doyen*,
H. VIZIOZ.

Vu : *Le Président*,
MARC REGLADE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 27 mai 1914.
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE.

Les visas exigés par les règlements ne sont donnés qu'au point de vue de l'ordre public et des bonnes mœurs. (Délibération de la Faculté du 12 août 1879.)

ANNEXE

LOI DU 15 FEVRIER 1902

relative à la protection de la santé publique.

TITRE PREMIER

Des mesures sanitaires générales.

CHAPITRE PREMIER

Mesures sanitaires générales.

Art. 1 et 2 (*Modifiés par le décret du 30 octobre 1935 prévoyant l'institution d'un règlement sanitaire départemental*). — Dans tous les départements, le préfet est tenu, afin de protéger la santé publique, d'établir un règlement sanitaire applicable à toutes les communes du département.

Ce règlement est établi sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis du conseil départemental d'hygiène.

Il détermine :

1° Les précautions à prendre par les maires, notamment en exécution de l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale et des dispositions du chapitre II de la loi du 21 juin 1898 sur le Code rural, pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles et spécialement les mesures propres à assurer la protection des denrées alimentaires mises en vente, la désinfection ou la destruction des objets à l'usage des malades ou qui ont été souillés par eux, et généralement des objets quelconques pouvant servir de véhicule à la contagion;

2° Les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons et de leurs dépendances, des voies privées closes ou non à leurs extrémités, des logements loués en garni et des autres agglomérations quelle qu'en soit la nature.

3° Les prescriptions relatives à l'alimentation en eau potable et à la surveillance des puits; à l'évacuation des matières usées, et aux conditions auxquelles doivent satisfaire les fosses d'aisances;

Les dispositions du paragraphe précédent ne font pas d'obstacle au droit du maire de prendre, après avis du conseil municipal, tous arrêtés ayant pour objet telles dispositions particulières qu'il jugera

utiles dans sa commune, en vue d'assurer la protection de la santé publique.

Les règlements sanitaires pris ou à prendre par les maires en exécution de l'article 1er de la loi du 15 février 1902 resteront provisoirement en vigueur jusqu'à la publication du règlement sanitaire départemental.

Art. 3. — En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus par l'article 1er. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire, et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune.

Art. 4 et 5 (*Remplacés par le décret du 30 octobre 1935 rendant obligatoire la déclaration de certaines maladies contagieuses*).

I. — La déclaration à l'autorité sanitaire de tout cas de l'une des maladies déterminées dans les conditions prévues à l'article III ci-après est obligatoire, d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence; d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement des locaux où se trouve le malade, et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, pour le conjoint, l'ascendant le plus proche du malade ou toute autre personne résidant avec lui ou lui donnnat des soins. La même obligation est imposée aux sages-femmes en ce qui concerne la fièvre puerpérale et les conjonctivites des nouveau-nés.

II. — Les causes de tout décès dû à l'une des maladies figurant sur la liste prévue à l'article III du présent décret-loi doivent être déclarées à l'autorité sanitaire dans les conditions prévues à l'article I ci-dessus.

III. — La liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret-loi concernant la déclaration des maladies contagieuses est dressée par le décret rendu sur le rapport du ministre de la Santé publique, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France. Elle peut être revisée dans la même forme.

IV. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque aura commis une contravention aux prescriptions des articles I et II.

V. — Un décret fixera les formes et conditions dans lesquelles devront être faites les déclarations prévues aux articles I et II.

Art. 6. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours

de la première année de la vie, ainsi que la revaccination au cours de la onzième et de la vingt et unième année. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure. « (*Loi 7 septembre* 1915.) En cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peut être rendue obligatoire par décret ou par arrêtés préfectoraux pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans. » Un règlement d'administration publique, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fixera les mesures nécessitées par l'application du présent article.

Art. 6 *bis* (*Ajouté par la loi du 25 juin* 1938). — La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine est obligatoire au cours de la deuxième ou de la troisième année de la vie. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure dont justification devra être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autre collectivité d'enfants.

Au cours de la première année de l'application du présent article tous les enfants de moins de 14 ans fréquentant des écoles, s'ils n'ont pas encore été vaccinés contre la diphtérie, seront soumis à cette vaccination.

Un décret simple pris sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur déterminera les conditions dans lesquelles seront pratiquées la vaccination antidiphtérique et la vaccination antitétanique.

Art. 6 *ter* (*Ajouté par la loi du 24 novembre* 1940). — La vaccination antitétanique par l'anatoxine est désormais obligatoire. Elle est pratiquée en même temps et dans les mêmes conditions que la vaccination antidiphtérique prévue à l'article 6 *bis*.

Art. 7 (*Modifié par la loi du 16 juillet* 1913). — La désinfection est obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4; les procédés de désinfection devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de vingt mille habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant des arrêtés du maire, approuvés par le préfet, et, dans les communes de moins de vingt mille habitants, par les soins d'un service départemental. (*Loi du 16 juillet* 1913.) Les communes de moins de vingt mille habitants qui, facultativement auront créé un bureau d'hygiène, pourront être exceptionnellement autorisées, par le ministre chargé de la Santé publique, sur avis conforme du Comité consultatif d'hygiène de France, à avoir un service autonome de désinfection.

Les dispositions de la loi du 21 juillet 1856 et des décrets et arrêtés ultérieurs, pris conformément aux dispositions de ladite loi, sont applicables aux appareils de désinfection. Un règlement d'administration publique, rendu après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, déterminera les conditions que ces appareils doivent remplir au point de vue de l'efficacité des opérations à y effectuer.

Art. 8. — Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, un décret détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette épidémie. Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités et administrations chargées de l'exécution de ces mesures, et leur délègue, pour un temps déterminé, le pouvoir de les exécuter. Les frais d'exécution de ces mesures, en personnel et en matériel, sont à la charge de l'Etat. Les décrets et actes administratifs qui prescrivent l'application de ces mesures sont exécutoires dans les vingt-quatre heures à partir de leur publication au *Journal officiel*.

Art. 9. — Lorsque pendant trois années consécutives le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de procéder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune. Si cette enquête établit que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment qu'elle n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien que les eaux usées y restent stagnantes, le préfet, après une mise en demeure à la commune non suivie d'effet, invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire est mis en demeure de présenter ses observations devant le conseil départemental d'hygiène. En cas d'avis du conseil départemental d'hygiène contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du conseil au ministre chargé de la Santé publique, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène de France. Celui-ci procède à une enquête dont les résultats sont affichés dans la commune. Sur les avis du conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène, le préfet met la commune en demeure de dresser le projet et de procéder aux travaux. Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou, si, dans des trois mois, il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret rendu en Conseil d'Etat ordonne ces

travaux, dont il détermine les conditions d'exécution. La dépense ne pourrra être mise à la charge de la commune que par une loi. Le conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés.

ART. 10 (*Complété et modifié par l'article 1er du décret-loi du 30 octobre 1935 sur la protection des eaux potables et des établissements ostréicoles.*)

I. — Le décret déclarant d'utilité publique le captage d'une source, d'une eau souterraine ou d'une eau superficielle (cours d'eau, lac, barrage-réservoir), pour le service d'une commune ou d'une agglomération, détermine, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre la pollution de la source, de la nappe souterraine ou superficielle, ou du cours d'eau.

Il est interdit d'épandre sur les terrains compris dans ce périmètre des engrais humains, organiques ou chimiques, et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet.

L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes prescrites dans les décrets-lois des 8 août et 31 octobre 1935 sur les expropriations, comme pour les héritages acquis en pleine propriété.

Ces dispositions sont applicables aux puits ou galeries fournissant de l'eau potable empruntée à une nappe souterraine. Les communes peuvent également demander l'établissement d'un périmètre de protection pour les ouvrages existants de captage et pour les ouvrages d'amenée et de distribution des eaux servant à l'alimentation.

Sont désormais interdites les amenées par canaux à ciel ouvert d'eau destinée à l'alimentation humaine. Les amenées à ciel ouvert qui existent actuellement devront, dans le délai d'un an à partir de la date du présent décret-loi, faire l'objet d'une demande d'autorisation adressée au préfet, faisant connaître les travaux de couverture, de protection par clôture et de purification envisagés pour livrer à la consommation une eau répondant entièrement aux conditions imposées par le Comité consultatif d'hygiène de France et par le présent décret-loi.

Le droit à l'usage d'une source d'eau potable implique pour la commune qui la possède le droit de curer cette source, de la couvrir et de la garantir contre toutes les causes de pollution, mais non celui d'en dévier le cours par des tuyaux ou rigoles.

Un règlement d'administration publique déterminera, s'il y a lieu, les conditions dans lesquelles le droit à l'usage pourra s'exercer.

L'acquisition de tout ou partie d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral, quand le débit à acquérir ne dépasse

pas deux litres par seconde. Cet arrêté est pris sur la demande du conseil municipal et l'avis du conseil départemental d'hygiène, après enquête régulière.

II. — Tout concessionnaire d'une distribution d'eau potable est tenu de fournir une eau bactériologiquement et chimiquement pure. Cette prescription comporte, toutes les fois que l'eau est susceptible d'être souillée, même accidentellement, l'emploi de méthodes de correction scientifique, approuvées par le ministre de la Santé publique, sur avis motivé du Conseil supérieur d'hygiène et l'obligation de prélèvements périodiques rapprochés de ladite eau suspecte.

Si le captage et la distribution d'eau potable sont effectués en régie par la municipalité, les obligations prévues au présent article incombent à la municipalité avec le concours du bureau d'hygiène s'il en existe un dans la commune et sous la surveillance du service départemental d'hygiène.

Les mêmes obligations incombent aux municipalités en ce qui concerne les puits publics, sources, nappes souterraines ou superficielles ou cours d'eau servant à l'alimentation collective des habitants.

En cas d'inobservation par une municipalité des obligations énoncées au présent article, le préfet, après une mise en demeure restée sans résultat, prend les mesures nécessaires. Il est procédé à ces mesures aux frais des communes.

CHAPITRE II

Mesures sanitaires relatives aux immeubles.

Art. 11 (*Modifié par un décret du 30 octobre* 1935). — Dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus, aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire sur avis motivé du médecin inspecteur d'hygiène constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 1er de la présente loi, sont observées.

A défaut par le maire de statuer dans le délai de vingt jours, à partir du dépôt à la mairie de la demande de construire dont il sera délivré récépissé, le propriétaire pourra se considérer comme autorisé à commencer les travaux.

L'autorisation de construire peut être donnée par le préfet en cas de refus du maire.

Si l'autorisation n'a pas été demandée ou si les prescriptions du règlement sanitaire n'ont pas été observées il est dressé procès-verbal. En cas d'inexécution de ces prescriptions, il est procédé conformément aux dispositions de l'article suivant.

Les immeubles destinés à l'habitation ne pourront être occupés,

leur construction achevée, qu'après délivrance du permis d'habiter accordé par le maire sur le rapport du service sanitaire constatant que les prescriptions du règlement sanitaire ont bien été observées.

Ce permis doit être délivré dans un délai de vingt et un jours à partir du dépôt à la mairie du procès-verbal attestant que les travaux sont terminés. A défaut par le maire de statuer dans ce délai, le permis est réputé accordé. S'il est constaté que la construction n'est pas conforme aux plans et documents sur le vu desquels a été délivré le permis de construire, et qu'elle ne répond plus aux prescriptions du règlement sanitaire, l'interdiction d'habiter sera prononcée d'office et le titulaire du permis de construire sera passible des sanctions prévues à l'article 27 de la présente loi, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 12 de la même loi.

IV. — Dans toutes les villes pourvues de réseaux d'égout, toute construction nouvelle dans une rue où existera l'égout devra être disposée de manière à y conduire directement et souterrainement les eaux pluviales, ménagères et industrielles, ainsi que les matières de vidange.

Dans les villes où sera adopté le système séparatif, deux canalisations différentes pourront être imposées.

Les eaux et matières seront évacuées dans un état tel qu'elles ne puissent occasionner aucune nuisance.

La même disposition sera prise :

a) Pour toute construction ancienne, à l'occasion de grosses réparations;

b) Pour tous immeubles dépourvus de fosses d'aisances ou pourvus de fosses d'aisances, ou pourvus de fosses non étanches ou installées dans des conditions contraires aux prescriptions du règlement sanitaire municipal.

c) Pour tous les immeubles déjà rattachés aux canalisations pluviales pour leurs eaux usées.

Les présentes dispositions auront un effet immédiat dans le cas énoncé à la rubrique *a*).

Pour les immeubles énoncés à la rubrique *b*) le délai imparti pour leur raccordement aux égouts d'eaux usées sera de cinq années, et pour les immeubles visés à la rubrique *c*), ce délai sera de deux années à compter de la date de la promulgation de la présente loi.

Art. 12 (*Modifié par le décret du 24 mai 1938*). — Lorsqu'un immeuble bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, constitue soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé, un danger pour la santé des occupants ou des voisins, le préfet, saisi par un rapport motivé de l'inspecteur départemental d'hygiène concluant à l'insalubrité de tout ou partie de l'habitation, est tenu dans la quinzaine d'inviter le conseil départemental d'hygiène à donner son avis dans le délai d'un mois.

« 1° Sur la réalité et les causes de l'insalubrité;

» 2° Sur les mesures propres à y remédier;

» Le rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène, contresigné par le préfet, est déposé au secrétariat général de la préfecture, à la disposition des intéressés.

» Les propriétaires, usufruitiers, usagers et occupants sont avisés, au moins huit jours d'avance, à la diligence du préfet et par lettre recommandée, de la réunion du conseil départemental d'hygiène et ils produisent, dans ce délai, leurs observations.

» Ils doivent, s'ils en font la demande, être entendus par le conseil départemental d'hygiène, en personne ou par mandataire, et ils sont appelés aux visites et constatations des lieux.

» En cas d'avis contraire aux conclusions du rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène, cet avis est transmis au ministre de la Santé publique, qui saisit le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

» Si l'avis du conseil départemental d'hygiène ou celui du Conseil supérieur d'hygiène publique de France conclut à la réalité de l'insalubrité, le préfet est tenu dans le délai de huitaine, de prononcer par arrêté l'interdiction d'habiter.

» Cette interdiction d'habiter sera :

» Temporaire, s'il peut être remédié à l'insalubrité par des mesures appropriées indiquées ainsi que leur délai d'exécution sur l'avis du conseil départemental d'hygiène ou du Comité consultatif d'hygiène et reproduite dans l'arrêté du préfet; dans ce cas, l'interdiction d'habiter prendra fin dès constatation de l'exécution de ces mesures par l'inspecteur départemental d'hygiène.

» Ou définitive, lorsque l'avis du conseil départemental d'hygiène ou du Comité consultatif d'hygiène aura conclu à l'impossibilité de remédier à l'insalubrité constatée. »

Art. 13. — L'arrêté du préfet portant interdiction d'habiter ne peut être déféré qu'au Conseil d'Etat; le recours n'est pas suspensif.

Art. 14. — S'il n'a pas été fait droit à l'interdiction d'habitation dans le délai d'un mois, les délinquants sont passibles des peines prévues à l'article 3 de la loi du 1er août 1905 contre ceux qui vendent des denrées alimentaires falsifiées et traduits devant le tribunal correctionnel, qui autorise le préfet à faire expulser aux frais des délinquants les occupants de l'immeuble.

« Si les mesures prescrites pour remédier à l'insalubrité n'ont pas été exécutées dans le délai imparti, les contrevenants sont traduits devant le tribunal de simple police, qui autorise le maire, ou, à son défaut, le préfet, à faire exécuter les travaux d'office, à leurs frais, sans préjudice de l'article 471, paragraphe 15, du Code pénal. »

Art. 15. — La dépense résultant de l'exécution des travaux est

garantie par un privilège sur les revenus de l'immeuble, qui prend rang après les privilèges énoncés aux articles 2101 et 2103 du Code civil.

Art. 16. — Toutes ouvertures pratiquées pour l'exécution des mesures d'assainissement prescrites en vertu de la présente loi sont exemptes de la contribution des portes et fenêtres pendant cinq années consécutives, à partir de l'achèvement des travaux.

Art. 17 (*Modifié par la loi du 17 juin 1915*). — Lorsque, par suite de l'application des articles 11 à 16 inclus de la présente loi, il y aura lieu à résiliation des baux, cette résiliation n'emportera, en faveur des locataires, aucuns dommages-intérêts.

Art. 18. — Les communes peuvent en vue de leur assainissement ou de leur aménagement, requérir l'expropriation totale d'un immeuble, d'un groupe d'immeubles, d'un îlot ou d'un groupe d'îlots reconnus insalubres.

« L'insalubrité, signalée par un avis du bureau d'hygiène ou de la commission sanitaire, et, le cas échéant, par le comité de patronage des habitations à bon marché, est dénoncée par une délibération du conseil municipal, appuyée sur un plan parcellaire des immeubles à exproprier, avec l'indication des noms des propriétaires tels qu'ils figurent à la matrice des rôles, ainsi que, le cas échéant, sur un projet d'aménagement.

» Si le préfet prend en considération la délibération du conseil municipal, il saisit d'urgence de cette délibération le conseil départemental d'hygiène et l'invite à délibérer dans le délai qu'il lui impartit, sur l'insalubrité des immeubles à exproprier. Le conseil départemental choisit dans son sein des rapporteurs qui, après avoir entendu les intéressés ou les avoir dûment appelés à produire leurs observations présentent leurs conclusions. Le conseil départemental en délibère et déclare, pour chaque immeuble, s'il est salubre ou s'il est totalement insalubre, ou s'il est partiellement insalubre, et, dans ce dernier cas, il établit la liste des travaux nécessaires, pour assainir l'immeuble. La même délibération désigne les commerçants ou industriels et tous autres occupants dont les conditions d'exploitation ou d'occupation créent, de leur fait, une cause spéciale d'insalubrité.

» Le préfet pourra, le cas échéant, adjoindre au conseil départemental à titre de rapporteur ayant voix consultative des personnes particulièrement qualifiées.

» Le préfet notifie, par lettre recommandée, un extrait de la délibération du conseil départemental à chaque intéressé. A partir de cette notification dans tout immeuble déclaré totalement insalubre, le propriétaire ou le locataire principal ne devra ni renouveler un bail, ni relouer des locaux vacants. Il en sera de même pour les

locaux insalubres dans un immeuble déclaré partiellement insalubre. Toute infraction aux dispositions qui précèdent sera frappée des peines prévues par l'article 14 de la loi du 15 février 1902, modifié par le présent décret.

» Dans un délai de dix jours à dater de cette notification, tout intéressé pourra former un recours auprès du ministre de la Santé publique lequel statuera d'urgence, après un avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, qui interviendra dans un délai maximum de deux mois.

» La délibération du conseil départemental, modifiée, le cas échéant, conformément à la décision du ministre de la Santé publique, sera alors approuvée par un arrêté préfectoral, dont un extrait sera notifié, par lettre recommandée, aux intéressés qui auront formé le recours prévu à l'alinéa précédent. »

Art. 18 *bis*. — Dans le même temps, le préfet, s'il prend en considération la délibération du conseil municipal dénonçant l'insalubrité, ordonne une enquête dans les formes prescrites par les articles 5, 6, 7 et 8 du décret du 8 août 1935, modifié par le décret du 30 octobre 1935.

« Le conseil municipal est appelé à délibérer sur les résultats de cette enquête; aussitôt après l'intervention de sa délibération, le préfet prend un arrêté par lequel il déclare d'utilité publique l'assainissement projeté et déclare cessibles les propriétés auxquelles l'expropriation est applicable.

» Sur l'invitation du préfet, le président du tribunal dans le ressort duquel les biens sont situés désigne un expert, lequel, après avoir prêté serment, procède, en présence des parties, ou celles-ci dûment appelées, à l'estimation :

» 1° de la valeur de chaque immeuble à acquérir, compte tenu des conditions d'insalubrité qui ne sont pas spéciales à cet immeuble et abstraction faite des conditions d'insalubrité qui lui sont spéciales; le revenu locatif ne devra pas être pris en considération pour cette estimation dans le cas des immeubles totalement ou partiellement insalubres.

» 2° De la dépense qu'entraînerait, pour chaque immeuble partiellement insalubre, l'exécution des travaux d'assainissement indiqués dans la délibération du conseil départemental d'hygiène ou dans la décision du ministre de la Santé publique;

» 3° De la valeur du terrain nu pour chaque immeuble totalement insalubre; cette valeur sera, suivant le cas, augmentée ou diminuée du montant supposé de la recette ou de la dépense à provenir de la démolition des constructions;

» 4° De l'indemnité d'éviction à allouer aux commerçants ou industriels ou tous autres occupants, dont les conditions d'exploitation ou

d'occupation créent une cause spéciale d'insalubrité et de la réduction à faire subir de ce chef à ladite indemnité.

» Le président du tribunal devra, lorsque l'expertise portera sur plus de dix immeubles, répartir l'expertise entre un nombre d'experts suffisant pour que toutes les expertises soient achevées dans un délai qui ne pourra, en aucun cas, excéder deux mois.

» Chaque expert doit rédiger son rapport dans le délai de rigueur que fixe le président du tribunal. Tout expert qui ne dépose pas son rapport dans le délai imparti est aussitôt remplacé; les sanctions prévues au décret du 8 août 1935 sur l'expertise en matière criminelle ou correctionnelle peuvent être prises contre lui.

» Les frais de l'expertise sont à la charge de la commune et sont liquidés comme en matière d'instance devant le conseil de préfecture. »

ART. 18 *ter* (*Modifié par le décret-loi du 21 avril 1939*). — La procédure d'expropriation est alors suivie, conformément aux règles en vigueur, relatives à l'expropriation pour cause d'utilité publique, sauf les dérogations ci-après :

« La commission arbitrale d'évaluation prend pour base de sa décision la délibération du conseil départemental d'hygiène modifiée, le cas échéant, par le ministre de la Santé publique.

» 1° Si l'immeuble est salubre, les indemnités sont fixées, pour tous les expropriés, conformément aux règles posées par le décret du 8 août 1935, modifié par décret du 30 octobre 1935.

» Si l'immeuble est totalement insalubre, l'indemnité foncière est égale à la valeur du terrain nu, sans qu'il puisse être tenu compte du revenu locatif, ni qu'il puisse être ajouté aucun supplément, notamment à raison du fait de la dépossession ou pour cause de remploi. Cette indemnité sera par une mention spéciale de la décision augmentée ou diminuée le cas échéant, du montant supposé de la recette ou de la dépense à provenir de la démolition des constructions.

» Si l'immeuble est partiellement insalubre, la commission arbitrale en déterminera la valeur compte tenu des conditions d'insalubrité qui ne sont pas spéciales à cet immeuble, et abstraction faite des conditions d'insalubrité qui lui soit spéciales. Elle en défalque ensuite obligatoirement le coût des travaux d'assainissement déclarés nécessaires. L'indemnité allouée est égale à la différence de ces deux éléments, sans pouvoir être inférieure à la valeur du terrain rendu nu, et sans qu'il puisse non plus être tenu compte du revenu locatif, ni qu'il puisse être alloué aucune autre indemnité notamment à raison du fait de la dépossession ou pour cause de remploi.

» 2° Les locataires des immeubles totalement insalubres et ceux qui exploitent dans les locaux expropriés un commerce ou une industrie

donnant lieu ou non à patente, et qui comportent du fait de l'exploitant une cause spéciale d'insalubrité, et d'une façon générale les occupants dont les conditions d'occupation créent une cause spéciale d'insalubrité ne bénéficieront d'aucune indemnité d'éviction. Toutefois, une indemnité représentative des frais de déménagement leur sera accordée. Le montant de cette indemnité sera fixé par arrêté préfectoral, ne sera versé aux intéressés qu'après évacuation et cessera d'être dû à ceux qui n'auraient pas évacué les lieux dans le délai qui leur est imparti.

» A l'égard des autres locataires que ceux visés à l'alinéa précédent, l'indemnité d'éviction est fixée selon les règles posées par le décret du 8 août 1935, modifié par décret du 30 octobre 1935;

» 3° En ce qui concerne les locataires, l'indemnité d'éviction ne sera payée qu'après évacuation des locaux expropriés. Elle sera par décision spéciale de la commission arbitrale, divisée en deux fractions dont la première, qui ne pourra être supérieure à la moitié de l'indemnité, sera payée à chaque intéressé, nonobstant toute opposition, et dont l'autre ne sera payée que dans le cas où l'intéressé ne serait pas relogé par les soins de la commune, ou de toute autre collectivité ou d'un office public;

» 4° La décision de la commisson arbitrale et l'ordonnance du magistrat président peuvent faire l'objet des recours et appel prévus par les textes en vigueur.

» 5° Les anciens propriétaires ne pourront en aucun cas réclamer le bénéfice de la rétrocession sur les portions de propriétés qui, après assainissement, resteraient en dehors des alignements.

» 6° En vue de la préparation de la liquidation des indemnités, les expropriés devront, aussitôt après intervention de l'ordonnance d'expropriation, communiquer à l'administration expropriante leurs titres de propriété ou toutes autres pièces justificatives nécessaires. »

Art. 18 *quater*. — Lorsqu'un immeuble ayant fait l'objet d'un arrêté prescrivant soit des travaux, soit l'interdiction d'habitation, se trouve compris dans une expropriation pour cause d'utilité publique, et que les délais impartis aux propriétaires sont expirés, l'indemnité est déterminée suivant les règles de l'article précédent, la commission arbitrale d'évaluation devant, en ce cas, prendre pour base de sa décision l'arrêté prescrivant des travaux ou prononçant l'interdiction d'habitation. L'estimation de la valeur du terrain, et, le cas échéant, des constructions donnera lieu à expertise, dans les formes prévues à l'article 18 *bis* ci-dessus. »

TITRE II

De l'administration sanitaire.

ART. 19. — En vue d'assurer l'exécution de la présente loi, il est institué obligatoirement dans chaque département un service d'inspection et de contrôle de la santé publique, dont l'organisation et le budget sont établis par délibération du conseil général.

L'inspecteur départemental d'hygiène, docteur en médecine, est nommé par le ministre de la Santé publique. Il est assisté, s'il y a lieu, par des médecins inspecteurs adjoints, nommés dans les mêmes conditions.

La compétence du service départemental d'hygiène s'étend à toutes les questions se rattachant à la protection de la santé publique et à l'hygiène sociale.

Dans les villes de 20.000 habitants et au-dessus et dans les communes d'au moins 2.000 habitants qui sont le siège d'un établissement thermal il est institué, sous le nom de bureau d'hygiène, un service chargé de l'application des dispositions de la présente loi et placé sous le contrôle de l'inspecteur départemental et des inspecteurs adjoints. Les directeurs de ces bureaux et leurs adjoints sont nommés par le ministre de la Santé publique, sur proposition du maire.

Les communes ou fractions de communes qui ne sont pas le siège d'un bureau d'hygiène pourront être groupées par décret pour la constitution d'un bureau d'hygiène intercommunal placé sous l'autorité directe du préfet.

Les attributions du bureau d'hygiène d'une commune pourront être étendues par décret à d'autres communes ne formant avec la première qu'une seule et même agglomération.

Les décrets prévus aux alinéas précédents seront pris après avis du conseil départemental d'hygiène.

Un règlement d'administration publique fixera les modalités d'application du présent décret et notamment les attributions et le statut des inspecteurs départementaux d'hygiène et des directeurs de bureaux d'hygiène, ainsi que les mesures transitoires nécessaires à l'égard du personnel actuellement en fonction.

ART. 20 (*Modifié par la loi du 29 janvier* 1906). — Dans chaque département, le conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère, dans les conditions prévues par l'article 48, paragraphe 5, de la loi du 10 août 1871 sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la division du département, en circonscriptions sanitaires et pourvues chacune d'une commission sanitaire, sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil

départemental et des commissions sanitaires. A défaut par le conseil général de statuer, il y sera pourvu par un décret en forme de règlement d'administration publique. Le conseil d'hygiène départemental se composera de dix membres au moins et de quinze au plus. Il comprendra nécessairement deux conseillers généraux, élus par leurs collègues, trois médecins, dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire. Le préfet présidera le conseil, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations du conseil. — « (*L. 29 janvier* 1906.) Chaque commission sanitaire de circonscription sera composée de cinq membres au moins et de neuf au plus, pris dans la circonscription. Elle comprendra nécessairement un conseiller général élu, par ses collègues, et au moins un médecin, un pharmacien, un vétérinaire, un architecte ou un technicien d'une compétence analogue ». Le sous-préfet présidera la commission, qui nommera dans son sein, pour deux ans, un vice-président et un secrétaire chargé de rédiger les délibérations de la commission. — Les membres des conseils d'hygiène et ceux des commissions sanitaires, à l'exception des conseillers généraux qui sont élus par leurs collègues, sont nommés par le préfet pour quatre ans et renouvelés par moitié tous les deux; les membres sortants peuvent être renommés. Les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires ne peuvent donner leur avis sur les objets qui leur sont soumis en vertu de la présente loi que si les deux tiers au moins de leurs membres sont présents. Ils peuvent recourir à toutes mesures d'instruction qu'ils jugent convenables.

Art. 21. — Les conseils d'hygiène départementaux et les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 22 (*Modifié par la loi du 7 avril* 1903). — Le préfet de la Seine a dans ses attributions, à Paris : 1° Tout ce qui concerne la salubrité des habitations et de leurs dépendances, sauf celle des logements loués en garni; 2° La salubrité des voies privées closes ou non à leurs extrémités; 3° Le captage et la distribution des eaux; 4° La désinfection, la vaccination et le transport des malades. Pour la désinfection et le transport des malades, il donnera suite aux demandes qui lui seraient adressées par le préfet de police. Il nomme une commission des logements insalubres, composée de trente membres, dont quinze sur la désignation du conseil municipal de Paris. La durée de leur mandat est de six ans, avec renouvellement par tiers

tous les deux ans. A chacun de ces renouvellements, le préfet nomme dix membres, dont cinq sur la désignation du conseil municipal. Cette commission exerce, pour toute l'étendue de la ville de Paris et dans les limites des attributions conférées au préfet de la Seine, les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi; elle est présidée par le préfet de la Seine ou son délégué.

Art. 23 (*Modifié par la loi du 7 avril* 1903). — Le préfet de police a dans ses attributions, à Paris : 1° La surveillance au point de vue sanitaire des logements loués en garni; 2° Les précautions à prendre pour prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles visées par l'article 4 de la loi, spécialement la réception des déclarations; 3° Les contraventions relatives à l'obligation de la vaccination et de la revaccination. Il continuera à assurer la protection des enfants du premier âge, la police sanitaire des animaux, la police de la médecine et de la pharmacie, l'application des lois et règlements concernant la vente et la mise en vente de denrées alimentaires falsifiées ou corrompues, le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie, la réglementation des établissements classés comme dangereux, insalubres ou incommodes, tant à Paris que dans les communes du département de la Seine.

Art. 24 (*Modifié par la loi du 4 avril* 1926). — Le préfet de la Seine et le préfet de police sont assistés, chacun dans la limite de ses attributions sanitaires et sous sa présidence, par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, dont la composition est fixée comme il suit : Le préfet de la Seine et le préfet de police, présidents; deux vice-présidents pris en dehors des membres de droit, nommés annuellement sur la présentation du conseil d'hygiène, et deux secrétaires administratifs; 20 membres à raison de leurs fonctions : le doyen, le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, le président du Comité technique de santé du gouvernement militaire de Paris, le secrétaire général de la préfecture de la Seine, l'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la ville de Paris, le directeur de l'hygiène du travail et de la prévoyance sociale, le directeur des affaires départementales, le directeur administratif des services municipaux d'architecture, le directeur des travaux de Paris, l'ingénieur en chef du service des eaux et de l'assainissement, l'ingénieur en chef des ponts et chaussées chargé du service ordinaire du département, le secrétaire général de la préfecture de police, l'ingénieur en chef des mines chargé du service des appareils à vapeur de la Seine, le chef de la 2e division de la préfecture de police, l'architecte en chef de la préfecture de police, le chef du service sanitaire vétérinaire de la Seine, le chef du

bureau de l'hygiène de la préfecture de la Seine, le chef du bureau de l'hygiène de la préfecture de police, l'inspecteur divisionnaire du travail; vingt-quatre membres titulaires, nommés par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, sur la présentation du conseil d'hygiène; trois membres du conseil général de la Seine, et trois membres du conseil municipal de Paris, élus par leurs collègues; six membres choisis par le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, soit parmi les représentants de la Seine dans les différentes assemblées électives, soit parmi les personnes qualifiées par leur compétence. Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine remplira les attributions données aux conseils départementaux d'hygiène par la présente loi. Les commissions d'hygiène des arrondissements de Paris continueront à exercer leurs fonctions, sous l'autorité et dans les limites des attributions conférées par la présente loi au préfet de police. Les conseils ou commissions d'hygiène dans le département de la Seine, en dehors de Paris, exercent les pouvoirs donnés aux commissions sanitaires de circonscription par la présente loi, sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant qu'elles ont à traiter d'affaires ressortissant à l'une ou l'autre de leurs administrations. Les maires des communes autres que Paris exercent les attributions sanitaires sous l'autorité soit du préfet de la Seine, soit du préfet de police, suivant les distinctions faites dans les deux articles précédents. Le préfet de police continuera à appliquer, dans les communes du département de la Seine autres que Paris, les attributions de police sanitaire dont il est actuellement investi.

Art. 25 (*Ainsi modifié, L. 21 juillet* 1942). — Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique et la protection de la santé publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation et de vente des eaux minérales, sur lesquelles il est consulté par le Gouvernement.

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation des villes de plus de 5.000 habitants, sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes, sur la vérification de l'efficacité des appareils et procédés de désinfection, et dans tous les cas expressément visés par un texte législatif ou réglementaire spécial, notamment :

Sur la déclaration d'intérêt public des sources d'eaux minérales, l'établissement de leurs périmètres de protection et les travaux à l'intérieur de ces périmètres (décret du 8 septembre 1856, modifié par le décret du 30 avril 1930);

Sur la suspension ou la révocation des autorisations d'exploitation des sources d'eau minérale (décret du 28 janvier 1860, modifié par le décret du 30 avril 1930);

Sur le classement des stations hydrominérales, climatiques, de tourisme et uvales (loi du 24 septembre 1919 complétée par la loi du 2 juillet 1935);

Sur la vérification de l'efficacité des appareils de dératisation (décret du 8 octobre 1927);

Sur les autorisations de fabrication de sérums et vaccins (loi du 14 juin 1934 et textes d'application);

Sur l'établissement et la revision de la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire (décret-loi du 30 octobre 1935);

Sur la détermination des conditions de potabilité et les méthodes de correction scientifique des eaux d'alimentation (décret-loi du 30 octobre 1935 sur la protection des eaux potables);

Sur l'agrément des laboratoires désirant effectuer :

a) Des examens sérologiques nécessaires pour le diagnostic de la syphilis (décret du 19 mars 1940);

b) Le diagnostic biologique de la grossesse (décret du 18 mai 1940);

Sur l'établissement des instructions techniques applicables à la vaccination antidiphtérique, antitétanique et de la vaccination antityphoïdique (lois des 24 et 25 novembre 1940 et arrêté du 10 septembre 1941);

Sur l'interdiction de certaines boissons alcooliques, la composition et la consommation des grogs (loi du 24 septembre 1941 contre l'alcoolisme);

Sur les dérogations susceptibles d'être apportées à la réglementation prévue par le décret du 31 décembre 1941 sur les inhumations et le transport des corps.

Il est spécialement chargé du contrôle, de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leur département respectif pour l'alimentation des villes.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France comprend :

1° Les membres de droit qui sont :

Le secrétaire général de la Santé;

Les directeurs, directeur adjoint et sous-directeurs du secrétariat d'Etat à la Santé, le chef du service central de la pharmacie;

Les inspecteurs généraux de la Santé et de l'Assistance;

Trois directeurs généraux de la Santé et de l'Assistance;

Deux conseillers techniques sanitaires du secrétariat d'Etat à la Santé;

Les directeurs des laboratoires de contrôle du secrétariat d'Etat à la Santé et de l'Académie de médecine;

Le directeur de l'Institut national d'hygiène;

Le directeur de l'administration départementale et communale au ministère de l'Intérieur;

Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur;

Un représentant du ministère des Affaires étrangères;

Un représentant du secrétariat d'Etat à la Production industrielle;

Un représentant du ministère des Finances;

Un représentant du ministère de l'Education nationale;

Un inspecteur général des mines;

Un inspecteur général des ponts et chaussées;

Le délégué général, chef des services du tourisme;

Le directeur du travail et de la main-d'œuvre au secrétariat d'Etat au Travail;

Le directeur des assurances sociales et de la mutualité au secrétariat d'Etat au Travail;

L'inspecteur général, chef des services vétérinaires;

Le directeur des eaux et du génie rural;

Le directeur du service de la répression des fraudes au ministère de l'Agriculture;

Le directeur de l'Office scientifique et technique des pêches maritimes;

Le directeur du Service de santé de l'armée;

L'inspecteur général du Service de santé de l'armée;

Le directeur du Service de santé de la marine;

Le directeur du Service de santé des colonies;

Un inspecteur divisionnaire du travail;

Un représentant du Comité consultatif des arts et manufactures;

Le directeur de la Carte géologique de France;

Le professeur de clinique des maladies contagieuses de la Faculté de médecine de Paris;

Les professeurs d'hygiène des facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ainsi que des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Le doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris;

Le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris;

Les professeurs d'hygiène et d'épidémiologie de l'Ecole d'application du service de santé militaire et du service de santé de la marine;

Le directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ou son représentant;

Le directeur général de l'administration générale de l'assistance publique de Paris;

Le président de la Chambre de commerce de Paris;

Les vice-présidents du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine;

L'inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris;

L'inspecteur général, directeur technique des eaux et de l'assainissement à la préfecture de la Seine;

L'inspecteur général des services techniques d'hygiène de la préfecture de police;

Le chef du service de contrôle des eaux de la ville de Paris;

Le directeur de l'Institut Pasteur;

Le secrétaire général de l'Institut d'hydrologie et de climatologie;

Les présidents et les secrétaires des commissions du Conseil permanent d'hygiène sociale;

Le président et le secrétaire de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques;

Cinq membres nommés par le secrétaire d'Etat sur une liste triple de présentation dressée par l'Académie des sciences, l'Académie des médecins, le Conseil d'Etat, la Cour de cassation, le Conseil supérieur de l'assistance de France;

Deux membres nommés par le secrétaire d'Etat sur une liste triple de présentation dressée par le Conseil supérieur de l'ordre des médecins et par le Conseil supérieur de la pharmacie;

2° Quarante membres nommés par le secrétaire d'Etat parmi les médecins, hygiénistes, ingénieurs, chimistes, légistes, etc. Une nomination sur deux reviendra de droit à un auditeur présent sur une liste double établie par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France;

3° Des auditeurs dont le nombre sera fixé par décret.

Les membres et les auditeurs sont nommés pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Un décret réglera le fonctionnement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, la nomination des auditeurs, le nombre de ses sections.

Art. 25 *bis* (*Ajouté par la loi, 21 juillet 1942*). — Les dispositions ci-dessus concernant la composition du Conseil supérieur d'hygiène publique de France pourront être ultérieurement modifiées par décret.

Il en sera de même en ce qui concerne la composition des assemblées sanitaires départementales et locales.

TITRE III

Dépenses.

Art. 26 (*Modifié par la loi du 22 juin 1906*). — Les dépenses rendues nécessaires par la présente loi, notamment celles causées par la destruction des objets mobiliers, sont obligatoires. En cas de contestation sur leur nécessité, il est statué par décret rendu en Conseil d'Etat. Ces dépenses seront réparties entre les communes, les départements et l'Etat suivant les règles fixées par les articles 27, 28 et 29 de la loi du 15 juillet 1893. — (*L. 22 juin 1906.*) Pour servir de base à cette répartition il est établi préalablement, pour chaque commune, un contingent déterminé proportionnellement à la population municipale, sur la totalité des dépenses effectuées, à l'exception de celles concernant les bureaux d'hygiène d'après la liquidation faite par le

préfet à la clôture de l'exercice. Celles des dépenses qui n'auraient pas été comprises dans cette liquidation demeureront à la charge du département ». Toutefois, les dépenses d'organisation du service de la désinfection dans les villes de vingt mille habitants et au-dessus sont supportées par les villes et par l'Etat, dans les proportions établies au barème du tableau A, annexé à la loi du 15 juillet 1893. Les dépenses d'organisation du service départemental de la désinfection sont supportées par les départements et par l'Etat dans les proportions établies au barème du tableau B. — Des taxes seront établies par un règlement d'administration publique pour le remboursement des dépenses relatives à ce service. A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et les bureaux d'hygiène et d'en assurer le fonctionnement dans l'année qui suivra la mise à exécution de la présente loi, il y sera pourvu par des décrets en forme de règlements d'administration publique.

TITRE IV

Pénalités.

ART. 27. — Sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892 aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14. Celui qui aura construit une habitation sans le permis du maire sera puni d'une amende de 16 francs à 500 francs.

(*Décret du 30 octobre 1935 sur les eaux potables et les établissements ostréicoles*, art. V et VI.)

A défaut par le propriétaire de s'être conformé aux obligations imposées par l'article IV du décret-loi du 30 octobre 1935 concernant la protection des eaux potables, les taxes que les villes sont autorisées à percevoir sur les propriétaires riverains des voies pourvues d'égouts seront majorées de 50 p. 100 à partir du moment où le raccordement aux égouts sera devenu obligatoire et jusqu'au moment où ce raccordement aura été effectué.

En outre, le raccordement pourra être effectué d'office par les soins du maire, dans les formes et aux conditions édictées par les articles 11 à 17 de la loi du 15 février 1902.

ART. 28. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou commerciaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation; quiconque, par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles, ou tout autre matière

susceptible de nuire à la salubrité, dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, citernes, conduites, aqueducs, réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal. Est interdit, sous les mêmes peines, l'abandon de cadavres d'animaux, de débris de boucherie, fumier, matières fécales et, en général, de résidus animaux putrescibles dans les failles, gouffres, bétoires ou excavations de toute nature autre que les fosses nécessaires au fonctionnement d'établissements classés. Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines portées à l'article 257 du Code pénal.

(*Décret du 30 octobre 1935 sur la protection des eaux potables, art. VII.*) — Tout concessionnaire qui par inattention, négligence, manque de précaution, inobservation des règlements sanitaires ou des prescriptions d'un cahier des charges aura occasionné la livraison d'une eau de boisson susceptible de nuire à la santé publique, sera puni d'un emprisonnement de six jours à six mois et d'une amende de 50 à 2.000 francs.

En cas de condamnation, le ministre de la Santé publique peut, après avoir entendu le concessionnaire et demandé l'avis du conseil municipal, prononcer la déchéance de la concesssion, sauf recours au Conseil d'Etat, statuant au contentieux. La décision du ministre est prise après avis du Comité consultatif d'hygiène de France.

Art. 29 (*Complété et modifié par le décret du 30 octobre 1935 sur la protection des eaux potables et des établissements ostréicoles*).

Les procès-verbaux constatant les infractions aux prescriptions des divers articles de la loi de 1902 et du présent décret-loi seront dressés, à la requête du préfet, du directeur ou du médecin départemental d'hygiène, des directeurs de bureaux d'hygiène, des maires, des médecins et architectes communaux, ou, sur leur propre initiative, par les gendarmes, les inspecteurs de police, inspecteurs de marchés et inspecteurs d'hygiène, spécialement commissionnés à cet effet par le préfet. Ces procès-verbaux seront dressés en double expédition, qui seront transmises directement, l'une au maire ou au préfet, l'autre au procureur de la République.

Sera puni d'une amende de 100 à 500 francs quiconque aura mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des agents susmentionnés; en cas de récidive, l'amende sera portée de 500 à 1.000 francs.

Les tribunaux correctionnels pourront appliquer pour la première condamnation les dispositions de l'article 463 du code pénal, sans que l'amende puisse être inférieure à 50 francs.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies des peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1922.

TITRE V

Dispositions diverses.

Art. 31. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée, ainsi que toutes les dispositions et lois antérieures contraires à la présente loi. Les conseils départementaux d'hygiène et les conseils d'hygiène d'arrondissement actuellement existants continueront à fonctionner jusqu'à leur remplacement par les conseils départementaux d'hygiène et les commissions sanitaires de circonscriptions organisés en exécution de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi n'est pas applicable aux ateliers et manufactures.

Art. 33. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux d'hygiène et du service de désinfection, ainsi que les conditions d'application de la présente loi à l'Algérie et aux colonies de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Art. 34. — La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation (15 février 1903).

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

MARTIN et BLUZET. — Commentaires de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Paris, 1903.

POPINEAU. — La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Paris, 1903.

TRÉLAT. — La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique.

STRAUSS et FILASSIER. — Loi sur la protection de la santé publique du 15 février 1902.

BONNEFOY. — La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique et la jurisprudence, Paris, 1911.

HAURIOU. — Précis de droit administratif.

LANDRY. — L'hygiène publique en France. Paris, 1930.

GOUJON. — Rapport sur le projet de loi relative à la protection de la santé publique. Chambre des députés, 1933.

LAMY. — La désinfection terminale dans la lutte contre les maladies transmissibles. 1936.

MALESPINE. — L'hygiène publique administrative. Paris, 1939.

La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique (Texte mis à jour le 1er mai 1942 par le Docteur MALESPINE. Paris, 1942).

THESES

1° Droit.

MÉDUS. — La protection de la santé publique. Toulouse, 1910.

HUMBERT. — Du rôle de l'administration en matière de prophylaxie des maladies épidémiques. Paris, 1911.

BOURGOIN. — Etude sur les projets de révision de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. Paris, 1922.

2° Médecine.

NAHMIAS. — La lutte contre la maison insalubre et la loi du 15 février 1902 avec application à Bordeaux. Bordeaux, 1918.

REVUES ET PERIODIQUES

Bulletins commentaires des lois nouvelles, janvier 1903.
La Revue d'hygiène et de médecine préventive, novembre 1931, octobre 1942, décembre 1935.
Le Siècle médical, 1er janvier 1930, 11 juin 1931.
Bulletin de l'Académie de médecine.
Le Médecin de France, mai 1932.
L'Hygiène sociale, 25 février 1930, août 1934, juillet 1942.
Le Concours médical, septembre 1934.
Les Documents français, décembre 1942.
Recueils des textes officiels concernant la protection de la santé publique, édités par le Ministère de la Santé publique.

La plus grande partie de notre documentation nous a été fournie par diverses inspections départementales de la santé auxquelles nous avons demandé des renseignements sur le fonctionnement de la loi.

Nous remercions bien vivement MM. les Médecins inspecteurs de la santé qui nous ont ainsi aidé à l'édification de notre travail, et tout particulièrement MM. les Docteurs Birbis (Gironde), Julié (Savoie), Duvic (Charente-Maritime), Poncet (Ain).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

I. — *L'importance et la place de la législation sanitaire* 5

II. — *La loi du 15 février 1902 et le régime de police administrative* 10

Notion de police administrative 10

Condition du régime de police administrative 11

PREMIÈRE PARTIE

EXAMEN DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902 (modifiée et complétée).

Généralités 13

Section I. — *L'organisation sanitaire administrative* 14

§ 1. Organes d'inspection et de contrôle 15

Echelon départemental 15

Echelon municipal 16

Paris et Seine 18

§ 2. Organes consultatifs 18

Sur le plan national 19

Sur le plan départemental 20

Paris et Seine 21

Section II. — *Les mesures prophylactiques et sanitaires* 21

§ 1. Le règlement sanitaire 22

§ 2. Les mesures relatives à la protection contre les maladies contagieuses 23

A. La déclaration des maladies contagieuses 23

B. La désinfection 25

C. Les vaccinations obligatoires 27

D. La protection des eaux potables 28

E. Les mesures spéciales pour la protection des individus. 29

§ 3. Les mesures relatives aux immeubles dites « mesures individuelles » 30

A. Le permis de construire et d'habiter 31

B. L'évacuation des matières usées 31

C. L'interdiction d'habiter dans un immeuble insalubre. 32

D. L'expropriation pour insalubrité publique 33

Pages

Section III. — *Dispositions financières*..... 36

Section IV. — *L'efficacité de la loi. Les dispositions pénales*..... 36

§ 1. Sanctions spéciales à la loi de 1902..... 37

§ 2. Rappel de peines prévues par le Code pénal..... 38

§ 3. Rappel des peines prévues par une loi non intégrée au Code pénal ou à la législation sanitaire..... 38

§ 4. Constats des infractions..... 39

Conclusions..... 40

DEUXIEME PARTIE

L'APPLICATION DE LA LEGISLATION SANITAIRE DU 15 FEVRIER 1902 (modifiée et complétée).

INTRODUCTION..... 43

TITRE PREMIER. — **L'EFFECTIVITE DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902.** 46

Chapitre I. — **L'organisation administrative**..... 46

Section I. — *Les organes d'exécution et de contrôle*..... 46

A. Le maire..... 48

B. L'inspecteur départemental..... 48

C. Le bureau municipal d'hygiène..... 50

Section II. — *Les organes consultatifs*..... 51

a) Les assemblées départementales..... 51

b) Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France... 53

Chapitre II. — **Les règlements sanitaires**..... 55

§ 1. L'existence d'un règlement sanitaire. Les efforts du législateur pour en rendre l'application effective..... 55

§ 2. L'application effective du règlement sanitaire départemental..... 60

§ 3. Les règlements sanitaires locaux..... 65

Annexe : Le modèle type de règlement sanitaire.....

Section II. — *Les mesures tendant à lutter contre les maladies contagieuses*..... 89

§ 1. La déclaration des maladies contagieuses..... 90

A. Les faits.....

B. Les raisons de la non-déclaration..... 95

§ 2. La désinfection..... 101

A. Sa valeur..... 101

B. Fonctionnement administratif..... 102

C. Fonctionnement technique..... 107

D. La déclaration des maladies et la désinfection..... 110

§ 3. Les vaccinations obligatoires..... 111

A. Organisation administrative..... 112

Pages

B. Considérations sur les diverses vaccinations..... 124
C. Etudes particulières à certains départements..... 130
D. L'organisation en Charente-Maritime..... 135
E. La vaccination antityphо-parathyphoïdique..... 136
§ 4. La protection des eaux potables..... 137
a) Périmètre de protection 138
b) Surveillance des eaux..... 139
§ 5. Mesures spéciales..... 142
a) En temps de guerre..... 142
b) Etat de mortalité..... 144
Section III. — *Mesures sanitaires relatives aux immeubles*..... 145
§ 1. Permis de construire et d'habiter..... 145
A. Le permis de construire..... 145
B. Le permis d'habiter..... 151
§ 2. L'interdiction d'habiter des immeubles insalubres..... 152
§ 3. L'expropriation pour insalubrité publique..... 156
CHAPITRE III. — **L'organisaion financièrte**..... 158
Section I. — *Les dépenses* 158
Section II. — *La répartition des dépenses*..... 161
Section III. — *Les recettes* 164
TITRE II. — **L'EFFICACITE DE LA LOI**..... 166
Les dispositions pénales et leur application..... 166

TROISIEME PARTIE

EXAMEN CRITIQUE DE L'APPLICATION DE LA LOI DU 15 FEVRIER 1902 (modifiée et complétée).

Généralités 169
CHAPITRE I. — **La législation source de la non-effectivité et de la non-efficacité de son application**..... 170
§ 1. Entre 1902 et 1933..... 170
§ 2. Actuellement 171
§ 3. Conclusions 174
CHAPITRE II. — **L'Administration cause de la non-application effective et efficace de la loi du 15 février 1902**..... 175
§ 1. L'administration municipale 175
§ 2. L'administration départementale 176
CHAPITRE III. — **L'opinion publique, facteur de la non-application de la législation sanitaire de 1902**..... 179

Pages

A. Le règlement sanitaire 179
B. Les vaccinations 180
C. La prophylaxie des maladies contagieuses. La déclaration obligatoire et la désinfection 181
D. Les mesures concernant les immeubles 182

CONCLUSION 183

ANNEXE. — **Loi du 15 février 1902** 187

BIBLIOGRAPHIE 209

Bordeaux, Imprimerie Ragot, 11, rue Fernand-Philippart. — 1945.